

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Barbora Holá

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Psychická zátěž všeobecných sester na oddělení dětské onkologie

Bc. Barbora Holá

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Holá, DiS.**
Osobní číslo: **Z17167**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Psychická zátěž všeobecných sester na oddělení dětské onkologie**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
2. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.
3. ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Monotonie v pracovním procesu. České pracovní lékařství. 2005, 6(4), 193-197. ISSN 1212-6721.
4. MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. Speciální psychologie. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.
5. PETLACHOVÁ, Martina. Dětská onkologie z pohledu ošetrojící sestry: Pro sestry. Onkologie [online]. 2011, 5(2), 110-111 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2011/02/17.pdf>.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Paprštejnová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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 mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 02. 05. 2019

Bc. Barbora Holá

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Markétě Papršteinové, Ph.D. za odborné vedení a čas, který mi věnovala. Děkuji také Ing. Ondřejovi Pruskovi, Ph.D a Ing. Anetě Mazouchové za cenné rady a konzultace ve statistické části diplomové práce. Poděkování patří i všem respondentům za jejich ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků. Cenné informace, které jsem získala, byly při zpracování této práce nenahraditelné. Děkuji také mé rodině za jejich podporu a trpělivost.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na problematiku psychické pracovní zátěže. Cílem průzkumu bylo zjistit psychickou pracovní zátěž u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie. K hodnocení psychické pracovní zátěže a zjištění možných zdrojů pracovního stresu u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie byl použit Meisterův dotazník. Průzkumu se zúčastnilo 55 všeobecných sester ze dvou onkologických pracovišť pro dětské pacienty. Z průzkumného šetření vyplynulo, že kritické hodnoty byly překročeny u faktoru 1 a u faktoru 3. Všeobecné sestry na sledovaných pracovištích mají psychickou pracovní zátěž hlavně v oblasti časové tísně, vysoké odpovědnosti, dlouhodobé únosnosti, únavy a přesycení. U respondentů z dětské onkologie ve Středočeském kraji se prokázala závislost mezi vnímáním zvýšených starostí v osobním životě a psychickou pracovní zátěží. Slabá závislost ve vztahu psychické pracovní zátěže a výše pracovního úvazku se projevila u respondentů z Jihomoravského kraje. Naopak ve vztahu psychické pracovní zátěže a délky praxe všeobecných sester závislost prokázána nebyla ani u jednoho ze dvou vybraných onkologických pracovišť. Respondentky na sledovaných pracovištích nejčastěji udávají jako nejvíce zatěžující vlivy při práci péči o umírajícího pacienta a nedostatek volného času.

KLÍČOVÁ SLOVA

Psychická pracovní zátěž, náročné životní situace, stres, všeobecná sestra, dětská onkologie, Meisterův dotazník

TITLE

Psychological burden of General nurses in the Department of Pediatric Oncology

ANNOTATION

Diploma thesis focuses on the issue of mental workload. The aim of the survey was to determine the psychological workload of general nurses in the Department of Pediatric Oncology. The Meister's questionnaire was used to evaluate the psychological workload and

to identify possible sources of working stress for general nurses in the Department of Pediatric Oncology. 55 nurses from two pediatric oncology centers participated in the survey. The survey revealed that critical values were exceeded for factor 1 and Factor 3. General nurses at monitored workplaces have a mental workload mainly in terms of time pressure, high responsibility, long-term load carrying capacity, fatigue and oversaturation. The respondents from pediatric oncology in the Central Bohemian region showed a dependence between perception of increased personal problems and mental workload. The weak dependence on the relationship between the mental workload and the amount of work was manifested by the respondents from the South Moravian region. Conversely, in relation to the psychological workload and the duration of the practice of general nurses, dependence was not demonstrated in one of the two selected oncology workplaces. Respondents at the monitored workplaces most often indicate the most burdensome influences in the work of caring for a dying patient and lack of free time.

KEYWORDS

Psychological workload, demanding life situation, stress, general nurse, pediatric oncology, Meister's questionnaire

OBSAH

Úvod.....	15
1 CÍL PRÁCE	17
1.1 Hlavní cíl.....	17
1.2 Dílčí cíle	17
2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A PRACOVNÍ PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ	18
2.1 Sociální determinanty zdraví.....	18
2.2 Pracovní psychická zátěž	19
2.2.1 Monotonie	21
2.2.2 Přetížení	22
2.3 Náročné situace a závažné životní události.....	22
2.3.1 Problém.....	22
2.3.2 Konflikty	22
2.3.3 Frustrace a deprivace	23
2.3.4 Krize.....	23
2.3.5 Přesycení	24
2.3.6 Stres	24
2.3.7 Nemoc	24
2.3.8 Bolest a utrpení	25
2.4 Stresové události	26
2.5 Reakce na náročné životní situace a stres	26
2.5.1 Útok	27
2.5.2 Útěk.....	27
2.6 Biologická koncepce stresu.....	27
2.7 Způsoby zvládání životních těžkostí – coping.....	28
2.8 Faktory ovlivňující zvládání životních těžkostí	28
2.8.1 Resilience.....	29
2.8.2 Kompetence a frustrační tolerance	29

2.8.3	Salutogeneze	30
2.8.4	Sense of coherence (SOC)	30
2.8.5	Hardiness	30
2.9	Způsoby zvládání těžkostí	31
2.10	Techniky zvládání těžkostí	31
3	VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJÍ PROFESE VE VZTAHU K PSYCHICKÉ ZÁTĚŽI ...	33
3.1	Profesní role sestry	34
3.2	Konflikt rolí žena-sestra	35
3.3	Komplikované vztahy na pracovišti	36
3.4	Psychická zátěž v profesi sestry	37
3.4.1	Příčiny psychické zátěže vyplývající z vlastní práce sestry	37
3.4.2	Příčiny psychické zátěže vyplývající z osobního života sestry	38
3.5	Riziko psychického vyhoření	38
3.6	Supervize ve zdravotnictví	39
4	SPECIFIKA DĚTSKÉ ONKOLOGIE	40
4.1	Ošetrovatelská péče o onkologicky nemocné dítě	41
4.2	Psychická náročnost v onkologické ošetrovatelské péči	42
4.3	Nejčastější diagnózy v dětské onkologii	43
4.4	Prognostická data v dětské onkologii	44
5	TESTOVANÉ HYPOTÉZY	46
6	METODIKA PRŮZKUMU	48
6.1	Předvýzkum	48
6.2	Organizace průzkumného šetření	48
6.3	Dotazník	50
6.3.1	Meisterův dotazník	51
6.3.2	Dotazník vlastní tvorby	52
6.4	Použité statistické metody	52
6.4.1	Spearmanův koeficient pořadové korelace	52

6.4.2	Jednovýběrový t-test	53
7	ANALÝZA NASBÍRANÝCH DAT	54
7.1	Základní charakteristika souboru	54
8	ANALÝZA MEISTEROVA DOTAZNÍKU PSYCHICKÉ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE	64
8.1	Středočeský kraj	64
8.1.1	Vyhodnocení stanovených hypotéz (Středočeský kraj).....	67
8.1.2	Vyhodnocení dílčích cílů s faktory Meisterova dotazníku (Středočeský kraj)...	71
8.2	Jihomoravský kraj	77
8.2.1	Vyhodnocení stanovených hypotéz (Jihomoravský kraj).....	80
8.2.2	Vyhodnocení dílčích cílů s faktory Meisterova dotazníku (Jihomoravský kraj)	83
9	DISKUZE	89
9.1	Doplňující otázky	89
9.2	Meisterův dotazník.....	91
9.3	Limitace průzkumu	95
9.4	Možnosti dalšího výzkumu	95
9.5	Doporučení pro praxi	96
10	ZÁVĚR	97
11	POUŽITÁ LITERATURA	99

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 Vyhodnocení kritických hodnot mediánu (Středočeský kraj)	65
Tabulka 2 Maximální hodnoty faktorů (Středočeský kraj).....	65
Tabulka 3 Nadměrná zátěž (Středočeský kraj)	66
Tabulka 4 Spearmanův koeficient - Délka praxe na dětské onkologii (Středočeský kraj).....	67
Tabulka 5 Spearmanův koeficient - Celková délka praxe (Středočeský kraj).....	68
Tabulka 6 Spearmanův koeficient - Výše prac. úvazku (Středočeský kraj).....	69
Tabulka 7 Spearmanův koeficient - Zátěž v osobním životě (Středočeský kraj)	69
Tabulka 8 Spearmanův koeficient - Věk všeobecných sester (Středočeský kraj)	71
Tabulka 9 Matky a vliv na vnímání zátěže / absolutní četnost (Středočeský kraj)	72
Tabulka 10 Matky a vliv na vnímání pracovní zátěže / relativní četnost (Středočeský kraj)...	72
Tabulka 11 Zatěžující vlivy - Středočeský kraj	73
Tabulka 12 Porovnání psych. prac. zátěže s populační normou (Středočeský kraj)	74
Tabulka 13 Jednovýběrový t-test - Faktor 1 (Středočeský kraj).....	75
Tabulka 14 Jednovýběrový t-test - Faktor 2 (Středočeský kraj).....	75
Tabulka 15 Jednovýběrový t-test - Faktor 3 (Středočeský kraj).....	75
Tabulka 16 Jednovýběrový t-test – Hrubý skór (Středočeský kraj)	76
Tabulka 17 Typ onkologického oddělení a faktory zátěže (Středočeský kraj).....	76
Tabulka 18 Vyhodnocení kritických hodnot mediánu (Jihomoravský kraj)	77
Tabulka 19 Maximální hodnoty faktorů (Jihomoravský kraj).....	78
Tabulka 20 Nadměrná zátěž (Jihomoravský kraj)	79
Tabulka 21 Spearmanův koeficient - délka praxe na dětské onkologii (Jihomoravský kraj)...	80
Tabulka 22 Spearmanův koeficient – celková délka praxe (Jihomoravský kraj)	81
Tabulka 23 Spearmanův koeficient – výše pracovního úvazku (Jihomoravský kraj)	81
Tabulka 24 Spearmanův koeficient – zátěž v osobním životě (Jihomoravský kraj)	82
Tabulka 25 Spearmanův koeficient – věk všeobecných sester (Jihomoravský kraj)	83
Tabulka 26 Matky a vliv na vnímání zátěže / absolutní četnost (Jihomoravský kraj).....	83
Tabulka 27 Matky a vliv na vnímání pracovní zátěže / relativní četnost (Jihomoravský kraj)	83
Tabulka 28 Zatěžující vlivy - Jihomoravský kraj	85
Tabulka 29 Porovnání psych. prac. zátěže s populační normou (Jihomoravský kraj).....	86
Tabulka 30 Jednovýběrový t-test - Faktor 1 (Jihomoravský kraj).....	86
Tabulka 31 Jednovýběrový t-test - Faktor 2 (Jihomoravský kraj).....	87
Tabulka 32 Jednovýběrový t-test - Faktor 3 (Jihomoravský kraj).....	87

Tabulka 33 Jednovýběrový t-test – Hrubý skór (Jihomoravský kraj)	87
Tabulka 34 Typ onkologického oddělení a faktory zátěže (Jihomoravský kraj).....	88
Graf 1 Věk všeobecných sester.....	55
Graf 2 Výše pracovního úvazku	56
Graf 3 Rodinný stav	57
Graf 4 Délka praxe na dětské onkologii	58
Graf 5 Celková délka praxe ve zdravotnictví	59
Graf 6 Péče o děti.....	60
Graf 7 Subjektivně vnímaný stres v osobním životě	61
Graf 8 Sebehodnocení respondentek adaptace na stres	62
Graf 9 Vliv zátěže na soukromý život	63
Graf 10 Průměr, medián, kritická hodnota (Středočeský kraj)	66
Graf 11 Nadměrná zátěž - podíl (%) - (Středočeský kraj)	67
Graf 12 Bodový graf - Zátěž v osobním životě u faktoru 1 (Středočeský kraj)	70
Graf 13 Bodový graf - Zátěž v osobním životě u faktoru 3 (Středočeský kraj)	70
Graf 14 Bodový graf - Zátěž v osobním životě u hrubého skóru (Středočeský kraj).....	70
Graf 15 Zatěžující vlivy - Středočeský kraj.....	73
Graf 16 Průměr, medián, kritická hodnota (Jihomoravský kraj)	78
Graf 17 Nadměrná zátěž - podíl (%) - (Jihomoravský kraj)	79
Graf 18 Zatěžující vlivy - Jihomoravský kraj.....	84

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ACENDIO	Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (Mezinárodní asociace pro společné evropské ošetrovatelské diagnózy, zákroky a výsledky)
atd.	A tak dále
atp.	A tak podobně
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
č.	Číslo
ČAS	Česká Asociace Sester
ČR	Česká Republika
EASC	European Association for Supervision and Coaching (Evropská asociace pro supervizi a koučink)
EFN	European Federation of Nurses Associations (Evropská federace asociací sester)
EMBT	The European Group for Blood and Marrow Transplantation (Evropská skupina pro transplantaci kostní dřeně)
EONS	European Oncology Nursing Society (Evropská onkologická ošetrovatelská společnost)
FN	Fakultní nemocnice
GAS	General adaptational syndrom (Obecný adaptační syndrom)
IASP	International Association for the Study of Pain (Mezinárodní asociace pro studium bolesti)
IGA	Interní grantová agentura při MZČR
ICN	International Council of Nurses (Mezinárodní organizace sester)
mj.	Mimo jiné
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České Republiky

NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation (Severoamerické sdružení pro sesternské diagnózy)
NOR	Národní onkologický registr
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
Sb.	Sbírka
SEER	Surveillance, Epidemiology and End Results (Sledování, epidemiologie a konečné výsledky)
SOC	Sense Of Coherence (Smysl pro integritu)
stol.	Století
SVOD	Software pro vizualizaci onkologických dat - Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice
tzn.	To znamená
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WENR	Workgroup European Nurse Researches (Pracovní skupina evropských sester pro výzkum)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Psychická pracovní zátěž všeobecných sester je v současné době aktuálním tématem. Život sám o sobě je zdrojem mnoha zátěžových situací a stejně tak i náš pracovní život přináší překážky, které snadněji i obtížněji překonáváme. Každý jedinec má různě vysokou adaptační hranici na vnímání a prožívání psychické pracovní zátěže. Jestliže je tato hranice překonána a působí-li zátěž delší dobu nebo se zvyšuje, může nastat problém. Problematice psychické pracovní zátěže v souvislosti s profesí všeobecných sester se obsáhle věnují Mgr. Jana Zálešáková, PhDr. Radka Bužgová a Mgr. Helena Pavelková, které se ve svých výzkumech věnují i problematice psychické pracovní zátěže u všeobecných sester pracujících na onkologickém oddělení (Zálešáková, Bužgová, 2011 a Pavelková, Bužgová, 2015). Výzkum Zálešákové, Bužgové (2011, s. 113-118) např. prokázal u souboru 168 všeobecných sester z pěti onkologických pracovišť, že mezi vnímáním psychické zátěže a mírou vyhoření u všeobecných sester je přímá lineární závislost. Lze uvést také výzkum Figueiredové-Ferraze et al. (2012, s. 271-276), který prokázal u souboru 316 sester existenci signifikantního negativního vztahu mezi mírou vyhoření a pracovní spokojenosti. Je tedy patrné, že by problematice psychické pracovní zátěže u všeobecných sester měla být věnována pozornost. Jelikož chybí české výzkumy, které by se zabývaly psychickou pracovní zátěží u všeobecných sester na dětských onkologických odděleních, rozhodla jsem se tímto tématem zabývat. Vedla mně k tomu i má dlouholetá pracovní zkušenost z dětských oddělení, včetně pracovní zkušenosti z oddělení dětské onkologie.

Zdravotnické povolání je nesmírně krásné a rozmanité, ale také velmi psychicky zatěžující. Již samotná náplň práce všeobecných sester vyžaduje poměrně vysokou psychickou odolnost v rámci mnohdy velmi náročných sociálních interakcí. Všeobecná sestra dennodenně prožívá a řeší problémy spojené s nemocí, bolestí, utrpením a smrtí. A to jak se samotnými pacienty, tak i s jejich nejbližšími rodinami. Ve zdravotnických zařízeních dochází velmi často ke kumulaci stresových situací. Všeobecná sestra se musí mnohdy ve velmi krátkém čase a v komplikovaných podmínkách správně rozhodnout. Podle údajů NZIS se od roku 2012 počet všeobecných sester neustále snižuje, což nepříznivě ovlivňuje jejich fyzickou i psychickou zátěž při práci (Bartůňková, 2017). Na základě kritického nedostatku nelékařského zdravotnického personálu v současné době, jsou zdravotníci pod stálým časovým tlakem a psychickým vypětím. Brzy se tak může dostavit únava, pocit marnosti z odvedené práce a celková nespokojenost (Mellanová, 2014).

Každé zdravotnické pracoviště je zcela specifické a na všeobecné sestry jsou kladeny různé nároky. Oddělení dětské onkologie nepochybně patří mezi pracoviště, kde se očekává vysoká zátěž na psychiku všech pracovníků. Onkologickou nebo hematoonkologickou malignitou ročně onemocní asi 300 dětí ve věku do patnácti let a 300 dospívajících ve věku do devatenácti let (Bajčiová, 2011). Americké Fórum onkologických sester charakterizovalo základní princip ošetřovatelství v onkologii jako „*pohyb na hranici mezi životem a smrtí*“. Onkologická sestra musí často čelit mnoha nečekaným krizím ve fyziologické a psychologické oblasti (Vévodová, s. 67, 2016).

Diplomová práce se zabývá psychickou pracovní zátěží všeobecných sester, které pracují na oddělení dětské onkologie. Teoretická část se bude věnovat tématům, která nepochybně souvisejí s vnímáním psychické i pracovní psychické zátěže. Výzkumná část se zabývá analýzou získaných dat pomocí standardizovaného Meisterova dotazníku a také analýzou získaných dat z dotazníku vlastní tvorby. Pro hodnocení psychické pracovní zátěže byl použit dotazník W. Meistera, který byl vytvořen v r. 1975 a následně v letech 1976-1984 ověřován hygienickou službou. Jedná se o orientační zhodnocení psychické zátěže při práci. Při hodnocení zatěžujících faktorů se vychází z překročení kritických hodnot mediánu (Hladký, 1999).

Hlavním cílem této diplomové práce je specifikovat nejzásadnější aspekty psychické pracovní zátěže všeobecných sester pracujících na dětském onkologickém oddělení.

Do průzkumu byla vybrána dvě pracoviště dětské onkologie, a to dětská onkologie ve Středočeském kraji a dětská onkologie v Jihomoravském kraji. Výsledky z obou těchto pracovišť budou porovnány na základě stanovených hypotéz a dílčích cílů a současně porovnány i s výsledky jiných obdobných výzkumů. Získané výsledky se stanou podkladem na návrh řešení pro prevenci nebo eliminaci závažných následků, které vyplývají z dlouhodobého psychického zatížení všeobecných sester při práci.

1 CÍL PRÁCE

Před zahájením průzkumu byl stanoven hlavní cíl práce a dílčí cíle.

1.1 Hlavní cíl

Specifikovat nejzásadnější aspekty psychické pracovní zátěže všeobecných sester pracujících na dětském onkologickém oddělení.

1.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, jaký ze tří faktorů Meisterova dotazníku psychické pracovní zátěže převládá u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie.
2. Porovnat rozdíly psychické pracovní zátěže u všeobecných sester dle jejich odpracovaných let na oddělení dětské onkologie.
3. Porovnat rozdíly psychické pracovní zátěže u všeobecných sester dle celkově odpracovaných let ve zdravotnictví.
4. Prozkoumat závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.
5. Zjistit u respondentů závislost mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě.
6. Zjistit, zda má věk všeobecných sester pracujících na dětské onkologii vliv na psychickou pracovní zátěž.
7. Porovnat rozdíly ve vnímání psychické pracovní zátěže u všeobecných sester na dětské onkologii, které jsou matkami a u všeobecných sester, které matkami nejsou.
8. Objasnit zatěžující vlivy u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie.
9. Porovnat psychickou pracovní zátěž respondentů s populační normou Meisterova dotazníku.

2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A PRACOVNÍ PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ

Každý jedinec se již od narození musí vyrovnávat s různě náročnými stresovými situacemi. Stres je součástí našeho života. Do určité míry nás motivuje a žene dopředu. Limity každého z nás na stresovou zátěž jsou však různé (Vágnerová, 2014).

Všechny systémy v těle jsou udržovány na určité optimální úrovni, homeostáze. Stejně tak i naše psychika je za pomoci hormonů uvolňovaných hypotalamem a hypofýzou udržována v určité rovnováze. Rovnováha našich reakcí na různé zátěžové události je označována termínem alostáza (Vinay, 2007, s. 17). Každý živý tvor reaguje na velké množství podnětů. Tyto naše reakce a nálady se pohybují v pomyslném středu a jsou motivací, povzbuzením a hnací silou k dosahování určitých výkonů. V takovém případě mluvíme o pozitivním stresu, eustresu. Jestliže na nás působí dlouhodobý, chronický nebo traumatický stres, mluvíme o distresu. Ten je pro jedince naopak potenciálně významně destruktivní a může poškozovat psychické i fyzické zdraví. Pokud je podnětů málo, dochází k deprivaci, nudě, což je významným stresorem a může vést opět k distresu (Večeřová-Procházková, 2008, s. 189).

2.1 Sociální determinanty zdraví

Mezi sociální determinanty zdraví patří zcela nepochybně stres. Stres je stav, kdy míra zátěže převyšuje únosnost jedince z hlediska jeho adaptace v daných podmínkách. Únosná mez je dána individuálními expozičními a dispozičními faktory. Expoziční faktory jsou ty, kterým je jedinec vystaven a musí na ně reagovat. Dispoziční faktory jsou individuální osobnostní předpoklady pro zvládnutí nároků, kterým je jedinec vystaven a znamená vlastně jeho adaptaci na vzniklou situaci. Při zpracování podnětů se uplatňuje také naše paměť a to formou minulých zkušeností s obdobnými situacemi (Paulík, 2017, s. 65, 77). Přímý i nepřímý vliv stresu se odráží na fyzickém i duševním zdraví jedince již od počátku jeho života. Již počáteční stádium života každého z nás předznamenává další zdravotní osud v dospělosti. Další determinantou je povaha práce a pracovní prostředí. Mění se forma pracovní zátěže a pracovní stres se stává významnou příčinou rozdílů ve zdraví. Nelze opomenout ani nezaměstnanost a nejistotu zaměstnání, která vede k pocitům méněcennosti a k sociální izolaci. Naopak sociální opora ve smyslu přátelství, rodiny a mezilidských vztahů zlepšují naše zdraví (Janovská, 2013).

Stresory pocházející z vnějšího prostředí kladou různě vysoké nároky na naši adaptabilitu. Mohou mít různou intenzitu, kvalitu i délku trvání. Stres může vzniknout, pokud

jsou působící podněty příliš silné, nebo se již nakumulovaly déletrvajícím působením, či se často opakují. Paulík ve své knize zmiňuje „*Model zachování zdrojů*“ dle teorie S. E. Hobfolla, který podle této teorie předpokládá, že stres vzniká za předpokladu rizika ztráty zdrojů. Tyto zdroje mohou být materiální i nemateriální. Mezi nemateriální zdroje může patřit např. funkční rodina, smysluplné zaměstnání, schopnosti, dovednosti, peníze, čas, atp. (Paulík, 2017, s. 65-78).

2.2 Pracovní psychická zátěž

Zdraví a práce jsou ve vzájemné závislosti. Pokud je člověk zdravý a v celkové psychické pohodě, může svojí práci vykonávat na „plný výkon“. Člověk potřebuje být prospěšný a práce je pro nás zdrojem důležitých životních hodnot. Práce je v podstatě zdrojem zdraví, ale může mít i negativní vliv. Lidé jsou v práci vystaveni mnoha faktorům, které se jinak běžně v jejich životě nevyskytují. Může se také jednat o faktory, které se při práci vyskytují ve vyšší míře, než je tomu v běžném životě (Šamánek, 2007). Dosud nejsou zcela jednoznačné důkazy o tom, že stres vyvolává některá onemocnění. Přesto se předpokládá, že dlouhotrvající psychická zátěž, obzvláště působením silných stresorů, může podpořit vznik některých nemocí. Rozhodující je však také individuální vnímavost jedince na působící stresory. Pokud se jedná o krátkodobě působící stres, může se objevit únava, bolest hlavy, nevolnost, atp. V souvislosti s déletrvajícím stresem se uvádí výskyt civilizačních chorob a to nejčastěji kardiovaskulární choroby a vředová onemocnění gastrointestinálního traktu (Paulík, 2017, s. 106-109).

Reakce na stres nemusí vést pouze k nemoci jako takové, ale působí na naše behaviorální, tělesné nebo emoční reakce. Stresovaní lidé častěji kouří, pijí alkohol a špatně se stravují. Emoce mají významný vliv na kvalitu našeho života a výrazně ovlivňují naše postoje k životu a ke zdraví (Ayers, 2015, s. 33, 60-62). Onemocnění, která jsou spojovaná s prací, se definují jako nemoci, které se v populaci běžně vyskytují, ale v některých povoláních je jejich výskyt zvýšen nad populační průměr, či jejich průběh a závažnost jsou nepříznivě ovlivněny prací. Mezi hlavní nepříznivé vlivy práce se řadí přetěžování svalových skupin, cévního řečiště a lokomočního aparátu v důsledku pracovní polohy, látek znečišťujících ovzduší a nepřiměřené zátěže. Významným nepříznivým vlivem je i psychická zátěž pro dlouhodobé vypětí, životní a pracovní tempo, tok informací, přemíru úkolů, nárazovost, změnu pracovních návyků a interpersonální vztahy (Vévoda, 2013, s. 92-93).

Více než 70 % absencí v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti je způsobeno nemocemi z důvodu stresové zátěže. Podle statistik EU je stres druhou nejčastější příčinou onemocnění, které souvisejí s prací. Dlouhodobý stres negativně ovlivňuje pracovní výkon a zdraví zaměstnance. Současně může být i příčinou úrazů, či selhání lidského činitele (Malý, 2009).

Práce patří k základním lidským činnostem a je jedním z ukazatelů způsobu života každého člověka v produktivním věku. Poskytuje různé hodnoty, jako jsou způsob obživy, osvojení si dovedností, sociální kontakty, sebehodnocení, strukturování času, a další. Charakteristika vykonávané práce je i základním ukazatelem socioekonomického statusu. Evropská unie přijala koncept „Dobrá práce“. Mezi jeho hlavní principy patří právo a zapojení zaměstnanců, rovné příležitosti, bezpečnost a ochrana zdraví v zaměstnání a organizace práce, která je v souladu s rodinným životem zaměstnance (Vévoda, 2013, s. 8-10).

Psychická zátěž v pracovním prostředí je přísně sledovaným a hodnoceným faktorem. Základními sledovanými kritérii v problematice pracovní psychické zátěže jsou časový tlak a intenzita práce, vnucené pracovní tempo a monotonie, nároky v oblasti komunikace, třísměnný a nepřetržitý pracovní provoz, noční směnnost, vlivy narušující soustředění, hmotná a organizační odpovědnost, riziko ohrožení vlastního zdraví nebo jiných osob, pracovní podmínky, šikana, mobbing a další interpersonální problémy. Zákoník práce, zákon č. 262/2006 Sb. mj. stanovuje bezpečnost a ochranu zdraví při práci a péči o zaměstnance. Kvalifikované posouzení psychické zátěže je hodnoceno odborníkem, který kromě uvedených faktorů hodnotí ještě další stresory, obsah práce a její časové charakteristiky. Hodnocení osobnosti zaměstnance pak náleží psychologovi (Blažková, 2008).

Základním nástrojem pro hodnocení vlivu práce na zdraví je kategorizace prací. Povinnost kategorizovat a její základní podmínky jsou dány zákonem č. 258/2000 Sb. Jsou stanoveny čtyři kategorie pracovní zátěže a jednotlivé kategorie odpovídají rizikovosti práce. Kategorie jsou definovány vyhláškou č.432/2003 Sb., kterou se stanovují podmínky pro zařazení prací do kategorií, určité limitní hodnoty expozičních testů atd. Práce kategorie 1 nepředstavuje pro pracovníka žádné pravděpodobné riziko. Práce kategorie 2 zahrnuje takové práce, kdy nelze vyloučit poškození zdraví vlivem pracovních podmínek a to hlavně u zvýšeně citlivých osob. Práce kategorie 3 je práce, kdy není expozice nepříznivých faktorů spolehlivě snížena pod stanovenou hygienickou limitní mez a pro zajištění ochrany zdraví pracovníků musí být zajištěné ochrannými pomůckami a dalšími ochrannými opatřeními. Práce kategorie

4 jsou práce s vysokým rizikem poškození zdraví, které nelze vyloučit ani při používání ochranných pomůcek a dalších ochranných opatření. Práce kategorie 3 a 4 jsou v zákoně označovány jako rizikové práce. Rizikovou prací může být i práce z kategorie 2, pokud tak rozhodl orgán ochrany veřejného zdraví. Správně provedená kategorizace nenaplnuje pouze požadavky zákona o ochraně veřejného zdraví, ale naplňuje také požadavky zákoníku práce. Vyšetřování a měření rizikových faktorů pracovního a životního prostředí mají na starosti zdravotní ústavy jednotlivých krajů. Státní zdravotní ústav má výjimečné postavení a tvoří přirozené odborné zázemí v oblasti veřejného zdraví. Jeho součástí je i Centrum pracovního lékařství, které vydalo k hodnocení pracovní zátěže několik příruček. Pro zaměstnavatele je určena příručka „Analýza rizik při práci“ (Šamánek 2007).

V Evropské unii je zaměstnáno kolem 10 % pracovníků ve zdravotnictví a sociální péči. Značná část těchto pracovníků vykonává svou práci v nemocnicích. Zdravotnictví se tak stává jedním z pracovních odvětví s největším počtem zaměstnanců v Evropě. Zdravotnictví a sociální péče současně zahrnuje významnou pracovní rozmanitost. Ve zdravotnické profesi je nejvyšší zastoupení žen (okolo 77 %). Podle Evropských údajů se pohybuje pracovní nehodovost ve zdravotnictví kolem 34 %. Zdravotničtí pracovníci jsou vystaveni velkému množství pracovních rizik, jako jsou biologická, chemická, fyzikální, ergonomická a psychosociální rizika. Veškerá tato rizika se různě kombinují a zdravotnická profese se tak stává vysoce rizikovým odvětvím. K biologickým rizikům patří např. poranění jehlou, přenosné nemoci atd. Chemická rizika zahrnují práci s cytostatiky, desinfekčními prostředky atd. Fyzikální rizika jsou např. způsobena, ionizačním zářením. K ergonomickým rizikům patří např. manipulace s imobilními pacienty. Psychosociální rizika zahrnují např. práci ve směnném provozu, ale také násilí a sexuální obtěžování na pracovišti (Chalupová, 2016).

2.2.1 Monotonie

Hrubá definovala monotonii z ergonomického hlediska jako takovou práci, která je charakteristická jednoduchými, rytmickými a stereotypními pohyby. Pracovník provádí krátkodobé pracovní operace a jeho pozornost je soustředěna velmi úzce a jednotvárně. Jednostranně jsou zatěžovány jen určité smyslové orgány. Často je pracovníkem také zaujímana neměnná pracovní pozice se statickým zatížením a nízkým energetickým výdejem (Hrubá, 1995, s. 32).

Psychická monotonie způsobuje snížení aktivity centrální nervové soustavy, snížení pozornosti, nárůst chybovosti a snížení pracovního výkonu. Dále ovlivňuje psychiku pracovníků a zvyšuje jejich únavu. Monotonie může být také příčinou rizikového chování pracovníků. Židková ve své studii však uvádí: „*Postihnout psychickou monotonií jako izolovaný faktor je obtížné, teprve další faktory, které k ní přistupují, mohou potencovat její účinky na psychiku a v dlouhodobém působení mít vliv i na zdravotní stav pracovníků.* U pracovníků, u kterých se objevily příznaky vysoké psychické monotonie, byl vždy přítomen nějaký další negativní faktor v pracovních podmínkách (Židková, 2005, s. 193-194, 196-197).

2.2.2 Přetížení

Kromě monotónnosti práce je významným stresorem také faktor přetížení v rámci pracovního výkonu. Nejedná se pouze o přetížení fyzických sil, ale hlavně psychických. Do faktoru přetížení patří především časový tlak, vnucené pracovní tempo, práce ve směnném provozu a noční směny. Významným stresorem je také přetížení výkonové kapacity, kdy je zaměstnanec zahrnut velkou proměnlivostí pracovních úkolů a informační přetížení. Stresorem je také velká hmotná a morální odpovědnost za bezpečí druhých osob (Výzkumný ústav Praha, 2016).

2.3 Náročné situace a závažné životní události

Mezi základní zátěžové situace, kterým býváme v různé míře během svého života vystaveni, patří problémy, frustrace, deprivace, konflikty, nemoc, bolest, utrpení, krize, přesycení, stres (Paulík, 2017, 65-78).

2.3.1 Problém

Běžně užívaný pojem pro zátěžovou situaci. Člověk obvykle hledá řešení, jak se z nepříjemné situace dostat. V případě, že zátěž převyšuje individuální schopnosti jedince, hledá pomoc v okolí. Neřešené nebo nevyřešené problémy působí negativně a mohou mít i závažné důsledky (Paulík, 2017, s. 79).

2.3.2 Konflikty

Slovo konflikt pochází z latinského *conflictus* a značí srážku nebo střet. V obecném smyslu slova značí pojem konflikt střet dvou protikladných sil, zájmů, cílů, názorů atp. Jde o narušení stability v systému, která ale nemusí mít vždy jen negativní význam. Pozitivní důsledek konfliktu může být např. změna stávajícího nefunkčního systému. Vyřešení konfliktu může přinést zlepšení vzájemných mezilidských vztahů. Jako negativní konflikty

jsou především vnímány ty, které nejsou uspokojivě vyřešené. Konfliktům se nelze v životě vyhnout. Jsme jimi obklopeni. Individualita každého z nás je ve svém jednání vzájemně odlišná. Podle toho, koho se konflikty týkají, můžeme rozlišovat konflikty intrapersonální a interpersonální. Intrapersonální konflikty se odehrávají v nitru jedince. Častým intrapersonálním konfliktem je např. konflikt rolí, které jedinec v životě zastává. Jedinec vnímá své vnitřní konflikty jako velmi stresující a jejich kumulace může způsobovat nejistotu, nesoustředěnost, nerozhodnost a nespokojenost se sebou samým. Interpersonálním konfliktem se rozumí konflikt mezi lidmi. Jde o vnější stresory, které však mohou mít dopad i na nitro jedince (Paulík, 2017, s. 81-85).

2.3.3 Frustrace a deprivace

Frustrace nastává, pokud jsou dlouhodobě neuspokojovány aktuální potřeby jedince. Může také vzniknout důsledkem nedosažení určitých cílů (Paulík, 2017, s. 79).

Frustraci lze rozdělit podle původu na exogenní a endogenní frustraci. Exogenní frustrace je vyvolána vnější překážkou, která může být fyzická, např. zmeškání odletu nebo psychická, např. autoritativní zákaz. V případě endogenní frustrace jde o vnitřní osobní překážku, která nedovolí z důvodu vnitřního bloku jedince jednat. Může jít o překážku např. z důvodu strachu nebo z morálních příčin (Nakonečný, 1997, s. 38).

Deprivace znamená dlouhodobé neuspokojení potřeb. Frustrace, pokud trvá dlouho, stává se deprivací (Paulík, 2017, s. 79-80).

2.3.4 Krize

Slovo krize pochází z řeckého *krisis* a znamená bod obratu. Pojem krize je chápán jako určitá mez, přes kterou již nelze zátěž dál snášet, aniž by se nedostavily destruktivní následky. U vzniku krize je důležitý aktuální psychosomatický stav, vnímavost jedince na stresory a působení vnějších vlivů. Vše je navíc závislé i na předchozích nežádoucích zkušenostech, což významně urychluje vznik krize. Krizi lze dělit na akutní, kumulovanou a chronickou. Akutní krize se vyznačuje silně emočním dynamickým průběhem se zřetelným začátkem i koncem. Pro účastníky je obvykle překvapující. Kumulovaná krize je dána nahromaděním stresujících vlivů, které jsou spojené s předchozími negativními prožitky. Chronická krize je dlouhodobá, bývá méně emoční a dramatická, avšak náročná a unavující je svým dlouhodobým průběhem (Paulík, 2017, s. 97-98).

2.3.5 Přesycení

Přesycení nebo-li také supersaturace potřeb jedince, může mít i v případě dobrého úmyslu škodlivé důsledky. Člověk je v rámci některých svých potřeb výrazně stimulován a jeho potřeby jsou uspokojovány v nadměrné míře (Vymětal, 2004).

S mentálním přesycením se můžeme setkat při nadměrném pracovním vyčerpání ve smyslu neadekvátního zatížení jedince. Tento stav bývá spojen s často opakujícími se úkoly či situacemi, které člověk emocionálně vnímá jako zdoluhavé nebo takové, kdy má pocit, že je do stanovené doby nedokáže adekvátně splnit (BOZPinfo.cz, 2002).

2.3.6 Stres

Stres je stav, kdy míra zátěže převyšuje individuální únosnou mez v rámci adaptačních schopností člověka za daných podmínek, kterým je vystaven. Zátěž a stres je nutné vnímat celostně v rámci bio-psycho-sociálních-spirituálních a ekologických systémů jednoty člověka (Paulík, 2017, s. 65). Pojem stres, v jeho současném chápání, poprvé použil kanadský endokrinolog H. Seyle (Vágnerová, 2014). Vzájemné působení mezi predisponujícími a spouštěcími faktory je označován jako psychická zranitelnost nebo-li diatéza. Zranitelnost (diatéza) zde představuje predisponující faktor (Ayers, 2015, s. 389).

2.3.7 Nemoc

Nemoc je protikladem zdraví. Znamená narušení nebo absenci tělesného nebo duševního zdraví. Často je vnímána hlavně subjektivně. Významnou psychickou zátěž sebou přináší vážná nemoc jedince nebo jeho blízkých. Vnímání zátěže se liší podle závažnosti i podle délky trvání nemoci a zdravotních problémů (Paulík, 2017, s. 94-95). Nemoc mění obvyklý způsob života a omezuje ve výkonu běžných a již navyklých činností. Tímto dochází k neuspokojování potřeb jedince. Zacharová (2011) ve své knize definuje rozdíl mezi nemocí a chorobou. Nemoc popisuje jako soubor příznaků, chorobu pak jako abstraktní výčet příznaků, které jsou důležité pro stanovení diagnózy. V současnosti jsou známy tři modely nemoci, a to medicínský, psychologický a sociologický. Medicínský model nemoci znamená vědecký výklad vzniku jednotlivých nemocí. Psychologický model byl nejpropracovaněji vytvořen v sedmdesátých letech 20. století Balintem a vychází z psychoanalýzy. Sociální model chápe nemoc jako sociální jev ve smyslu změny chování nemocného a odezvy okolí (Zacharová, 2011, s. 113-115).

Při dlouhodobé nemoci se mohou měnit i některé charakterové rysy osobnosti. Změny emocí a nálad se mění již v začátku samotného onemocnění a někdy i krátce před jeho propuknutím. Intenzita emočních reakcí však vůbec nemusí odpovídat závažnosti samotného onemocnění. Pokud se onemocnění častěji opakuje, mohou být emoční reakce také prudší, což může být dáno únavou i předchozími nepříjemnými zkušenostmi (Mellanová, 2014, s. 51-52).

2.3.8 Bolest a utrpení

Bolest leží na pomezí fyziologie a psychologie. Tvoří smyslový i emoční subjektivní prožitek (Zacharová, 2011, s. 138).

Podle IASP je bolest definována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popsána z hlediska takového poškození (IASP, 2018).

Bolest má pro nás ochrannou funkci. Je varovným signálem, že došlo nebo může brzy dojít k poškození organismu. Pokud bolest trvá dlouho, přestává být signálem poškození, ale stává se nemocí, která vyžaduje léčbu. Každý jedinec má jiný práh bolesti. Bolest může mít různá rozdělení. Zvláštním druhem bolesti je psychogenní bolest. Člověk bolest cítí i prožívá, avšak veškerá vyšetření, která mají odhalit původ bolesti, jsou s negativním výsledkem. Důvody těchto bolestí jsou rozmanité. Mohou se vyskytnout u lidí po opakovaných hospitalizacích, s komplikovanou léčbou a se sníženým prahem bolesti, ale mohou mít také příčinu v sociální situaci nemocného. Současná generace snáší bolest hůře, než tomu bylo v minulosti. Předpokládá se, že je to dáno pohodlnějším způsobem života a snadnou dostupností léků a analgetik. Lépe je také vnímána tzv. plánovaná bolest, na kterou je možné se dopředu připravit. Při zvládání bolesti je zásadní i podpora a pochopení okolí (Zacharová, 2011, s. 138-140).

Utrpení je situace, která je spojená s velkými útrapami a jsou vyhodnocena jedincem jako bezvýchodná (Paulík, 2017, s. 97). V současné době je utrpení spojováno především s bolestí. Utrpení může být fyzické, duševní i emocionální. Prožitek a poznání utrpení je čistě individuální a osobní prožitek. Člověka vede k uvědomění si vlastní zranitelnosti a závislosti na druhých (Heřmanová, 2012, s. 85-87).

2.4 Stresové události

Události, které vnímáme jako stresové, obvykle spadají do jedné nebo více následujících kategorií.

- Neovlivnitelnost situace – Pro člověka znamená významnou zátěž, jelikož vývoj věcí nelze změnit. Prožitek stresu je snížen, pokud lze průběh událostí ovlivnit.
- Nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace – Pocity vnímání stresu zvyšuje nepředvídatelnost a tím i nemožnost se na zátěžovou situaci připravit.
- Subjektivně nepřiměřené a nadměrné nároky – Situace, které sahají až na samou hranici snesitelnosti jedince. Každý člověk má své hranice na snášení zátěže různé.
- Životní změna vyžadující značné přizpůsobení – Jedná se o změny, které omezují nebo zcela mění dosavadní zvyklosti a mění navykklé strategie chování.
- Subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty – Může se jednat např. o vnitřní morální konflikty jedince (Vágnerová, 2014).

2.5 Reakce na náročné životní situace a stres

Každý člověk má své individuální adaptační schopnosti pro vyrovnání se s náročnými situacemi, kterým je v životě vystavován. Příznaky, které se projevují během této zátěže, jsou různé a závisí i na tom, jak moc náročnou danou situaci vnímáme. Mezi tyto příznaky patří napětí, nervozita, vnitřní neklid, nesoustředěnost, pocity zmatku, ale také somatické potíže (bušení srdce, pocení, bolesti břicha a zad atp.) (Stibalová, 2011).

V rámci psychických reakcí na zátěž a stres jsou obvyklé změny emočního prožívání. Podle typu osobnosti a vnější situaci mají emoční reakce jedince různou intenzitu. Rozlišujeme úzkost, vztek a agresi, depresi a apatii. Významná změna emočního stavu může zatěžovat i kognitivní funkce člověka. Různě náročné zátěžové situace mohou zhoršovat úroveň logického uvažování a zpracování informací. Uvědoměním zátěže se také aktivizují psychické obranné mechanismy, které mohou být různě a individuálně specifické a napomáhají obnovit nebo zachovat psychickou rovnováhu jedince.

Mechanismy psychické adaptace, které člověk v zátěžové situaci využívá, vycházejí z jeho předchozích zkušeností. Pokud v minulosti přinesly pozitivní efekt, jsou zafixovány a člověk je má tendenci opakovat. V případě působení příliš vysoké zátěže na člověka, mohou být obranné mechanismy méně účinné a rovnováha, kterou vytvářejí je nestabilní, dočasná nebo zcela neadekvátní. Obranné reakce, kterými je únik a útok, vycházejí z fylogeneticky velmi

starých mechanismů. Preference některé z těchto obranných reakcí vychází ze zkušenosti a osobního charakteru jedince (Vágnerová, 2014).

2.5.1 Útok

Útok znamená aktivní obranu. Vyjadřuje tendenci nějak s ohrožující situací bojovat. Útok může být zaměřen na zdroj ohrožení, na náhradní objekt nebo může být směřován vůči vlastní osobě (Vágnerová, 2014). Mezi obranné formy útoku patří přímá a nepřímá agrese, autoagrese, projekce, autoprojekce, kompenzace, sublimace, racionalizace (Stibalová, 2011).

2.5.2 Útěk

Člověk, který nedovede těžkou situaci řešit jiným nebo lepším způsobem, může zvolit únikovou obrannou reakci. Uniká buď změnou postoje v dané situaci, hledáním podpory, nebo rezignací na uspokojení. Mezi únikové reakce patří popření, potlačení a vytěsnění, fantazie, racionalizace, regrese, identifikace, substituce, rezignace a suicidium. (Vágnerová, 2014 a Stibalová, 2011).

2.6 Biologická koncepce stresu

Nejvýznamnějším představitelem a autorem první systematické teorie stresu, zahrnující i problematiku adaptace, je H. Selye. Stres popisuje jako nespecifickou odpověď organismu na podněty, které narušují homeostázu jedince. Člověk musí reagovat na neustále se měnící fyzikální, psychické a sociální podněty vnějšího prostředí. Podle Selyeho je obecný adaptační syndrom (GAS) stejný, bez ohledu na sílu narušení homeostázy. Mění se pouze intenzita odpovědi v přímé úměře na intenzitě požadavku a probíhá v několika fázích.

- První fáze GAS je poplachová reakce, kdy organismus reaguje šokem s neorganizovanými vnějšími projevy a útlumem obranných reakcí. Krátce na to dochází k určité aktivaci obranných reakcí a k adaptaci. Do krve je vylučován adrenalin, glukóza a jiné důležité látky, které umožňují pohotovému uvolnění energie.
- Druhá fáze GAS je stádium rezignace, kdy dochází k relativnímu zklidnění a zpřístupňují se další zdroje důležité pro mobilizaci energie. V případě, že již není nutné udržovat stresovou reakci, jsou pomocí hormonů zastaveny impulsy, které by stresové reakce udržovaly. Jestliže tyto impulsy nejsou spuštěné a působení stresorů trvá, energetické adaptační zdroje se brzy vyčerpají a organismus tak zůstává v trvalém vypětí.
- Třetí fáze GAS je stádium vyčerpanosti, které nastává, pokud stresory působí příliš dlouho a organismus již nemá zdroje pro adekvátní adaptaci. Dlouhodobé působení stresorů má významné negativní důsledky na organismus (Paulík, 2017, s. 71).

2.7 Způsoby zvládání životních těžkostí – coping

Anglický termín coping pochází z řeckého slova „colaphos“, který byl původně používán v boxu a znamená „přímý úder na ucho“. Coping lze pak přeložit jako „zvládání něčeho, vědění si s něčím rady“. Využívá techniky v behaviorální, kognitivní a sociální oblasti, které regulují vnitřní a vnější napětí osob vystavených zvýšené psychické zátěži v interakci mezi jedincem a prostředím. Cílem copingu je změna situace, ve které vzniká stres. Dalším cílem je zvládnutí situace tak, aby se vnímání psychické zátěže snížilo a pak také udržet symptomy stresu ve zvládnutelných mezích (Wikisofia, 2013).

Coping vyjadřuje boj jedince s nadměrnou a nepřiměřenou zátěží. Cílem copingu je využití určitých strategií a činností, které redukuje a minimalizují vnější a vnitřní požadavky kladené na jedince a zvýší tak toleranci jedince na psychickou zátěž. Křivohlavý v souvislosti s copingem užívá termínu „*vyšší stupeň adaptace*“ (Křivohlavý, s. 42, 1994). Je potřeba brát v úvahu i individuální zdroje psychických sil jedince a jeho osobnost. Z mnoha výzkumů již bylo doloženo, že čím vyšší má jedinec socioekonomické hierarchické postavení, tím lépe se vyrovnává s vysokou psychickou zátěží (Isikhan, 2004).

Člověk je velmi často schopen překonávat, řešit a vyrovnávat se se zátěžovými situacemi sám, pomocí svých adaptačních mechanismů a osobnostních rysů. Překonání stresových a zátěžových situací může posilovat sebevědomí jedince. Copingová strategie znamená vědomou volbu určité strategie a techniky pro zvládnutí zátěžové situace na základě zhodnocení situace a posouzení vlastních možností. K efektivním copingovým strategiím patří rozdělení hlavního problému na více menších zvládnutelných problémů, stanovení si priorit řešení a definování dílčích cílů v určité posloupnosti. Strategie zvládání stresu se rozděluje na coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce. Coping zaměřený na problém spočívá v přímém uplatnění aktivních zásahů do prostředí na základě získaných informací o problému a změně svého chování či jednání. Patří sem také vyhledávání pomoci u druhých. Jako příklad lze uvést např. otevřený rozhovor s nadřízeným, s jehož rozhodnutím jedinec nesouhlasí. Coping zaměřený na emoce má za cíl regulovat emoční doprovod. Zde může být strategií např. procházka jako zdroj rozptýlení a uklidnění (Vágnerová, 1999).

2.8 Faktory ovlivňující zvládání životních těžkostí

Pojetí odolnosti, jako osobnostní kvality je založena na předpokladu, že je odolnost relativně stabilní s vrozenou i získanou individuální adaptivní schopností reagovat na různě náročné

zátěžové situace. Osobnostní odolnost umožňuje zvládat nároky kladené na jedince v různých situacích a nepodléhat rušivým, škodlivým a ohrožujícím vlivům. Důležitým osobnostním předpokladem je schopnost vytvářet funkční interpersonální vztahy a adekvátně reagovat na interakci s vnějším prostředím. V této souvislosti se používá pojem vztahová kompetence, která je předpokladem osobního rozvoje jedince. V rozvoji odolnosti osobnosti hrají důležitou roli již od raného dětství protektivní a rizikové faktory. Odolnost se týká zvládání všech nároků, které jsou na jedince kladené a to jak v běžném každodenním životě, tak i ve zvládání nepříznivých, zatěžujících a stresových situacích (Paulík, 2017, s. 151-156).

2.8.1 Resilience

Resilience je psychologický koncept, který dosud nemá zcela jasnou definici. Nejčastěji je popisován jako odolnost nebo druh odolnosti, který stojí vedle nezdolnosti typu hardiness, sense of coherence nebo salutogeneze. Resilience je určitá plasticita, pružnost a flexibilita, která umožňuje účinnou adaptaci na nepříznivé situace zahrnující reálné či potencionální ohrožení jedince. Součástí výzkumů v oblasti resilience je zaměření na odhalování a popis charakteristik, které souvisí s úspěšnou adaptací jedinců. Studuje protektivní faktory, které predikují úspěšnější adaptaci v nepříznivé situaci. Vytváření vhodných intervencí, které podporují resilienci. Součástí je také integrace získaných poznatků v různých vědních oborech (Paulík, 2017, s. 156-159).

2.8.2 Kompetence a frustrační tolerance

Kompetence pochází z latinského slova *competence*, *compeo* a vyjadřuje oprávněnost a připravenost. Pojem kompetence se využívá také v souvislosti s adaptací, jako schopnost člověka jednat a chovat se určitým způsobem, který odpovídá požadavkům s cílem dosáhnout kýženého výsledku. Výrazu kompetence odpovídají také pojmy schopnost, dovednost nebo také pojem pracovní kapacita, jejímž předpokladem je zvládnutí pracovních nároků a vyrovnání se s mnoha vlivy a různě náročnými nepříznivými podmínkami. Absence dostatečné kompetence nebo nekompetence může mít za následek, že i dostatečně odolný jedinec se s nějakými nároky spojenými s určitou situací vyrovnat nechce nebo mu v tom brání vnější či vnitřní okolnosti (Paulík, 2017, s. 160-161).

Se zvládáním zátěže především v emoční oblasti má také souvislost frustrační tolerance. Frustrační tolerance je schopnost odolávat bez narušení psychosomatické rovnováhy

překážkám, které brání uspokojení aktuálních potřeb. Jakmile je tolerance překonána, dochází k pocitům zmaru a k negativnímu emočnímu vypětí (Paulík, 2017, s. 162).

2.8.3 Salutogeneze

Stres na osobnost člověka nepůsobí pouze ve svém negativním dopadu, ale může mít i pozitivní působení. Někteří jedinci nepodléhají škodlivému působení stresových situací a neztratí svou duševní rovnováhu ani v tak náročných situacích, které jiní již nezvládají. Procesy, které vedou k podpoře a rozvíjení zdraví se označují salutogeneze. S odolností a salutogenezí se pojí pojmy jako je optimismus, pozitivní myšlení, sebedůvěra, neuropsychická a emoční stabilita, smysl pro humor, lokalizace kontroly, styl a typ chování osobnosti, spiritualita, sebeúčinnost (self-efficacy) atd. (Paulík, 2017, s. 162).

2.8.4 Sense of coherence (SOC)

Dlouhodobá osobnostní orientace s pozitivním pohledem na svět, který je vnímán jako smysluplný a vnitřně soudržný celek. Předpokladem je důvěra jedince, že žije v prostředí, které je uspořádané, pochopitelné a předvídatelné. Jedinec má dostatečnou dispoziční výbavu pro zvládání těžkostí a řešení úkolů a situací vnímá jako výzvu k úspěšnému dosažení cíle. Základními komponenty SOC jsou tedy pocit, že je situace pod kontrolou, srozumitelnost a pochopitelnost a smysluplnost řešení daného problému (Paulík, 2017, s. 163).

2.8.5 Hardiness

Tento pojem znamená schopnost jedince nezdolně, zoceleně, vytrvale a usilovně bojovat s těžkostmi. Předpokládá se, že patří k dispoziční výbavě jedince a je dána omezením aktivity sympatiku při reakci na stres. Jedinec s touto dispozicí je přesvědčen o vlastních možnostech kontroly nad vzniklou situací. Sám na sebe pohlíží jako na aktivního účastníka dění, který do něj může kdykoliv účinně zasáhnout a ovlivnit tak příští vývoj. Jestliže je charakteristika hardiness nedostatečně rozvinuta, projevuje se u člověka pocity bezmoci, beznaděje, marnosti ve snaze o zásah do událostí, kdy není zřejmý ani jeho smysl. Podle mnoha výzkumů souvisejících s hardiness, vykazovaly osoby s vyšší úrovní hardiness nižší úroveň distresu a vyšší míru sebeovládání. Uplatňovali častěji aktivní coping, který preferovali před pasivitou a tendencí k únikům od zátěžových situací (Paulík, 2017, s. 166-167).

2.9 Způsoby zvládání těžkostí

Každý jedinec preferuje určité obranné mechanismy, které jsou více, či méně neuvědomované způsoby, které mají za cíl snížení úzkosti pramenící ze zátěžové situace. S. Freud popsal deset obranných mechanismů a jeho dcera Anna přidala ještě další obranné mechanismy.

- Vytěsnění – odstranění nepříjemných a nepřijatelných pocitů a myšlenek z vědomí. Může vycházet i z popření její důležitosti a přesunout tak pozornost na něco jiného.
- Projekce – promítání svých pocitů a motivů do jiných lidí. Může být i obhajoba svého méně morálního chování, jako běžného i u jiných osob.
- Regrese – návrat k projevům chování na nižším vývojovém stupni.
- Represe – úplné nebo částečné potlačení či popření skutečností, které jsou tíživé, bolestné a společensky nebo osobně nevýhodné.
- Fantazie – forma unikového mechanismu, který velmi účinně snižuje napětí.
- Introjekce – přivlastňování si pocitů nebo výsledků jiných osob.
- Racionalizace – zdůvodňování pomocí rozumových a pochopitelných důvodů.
- Bagatelizace – snižování významu daného problému.
- Sebeobviňující chování – přičítání si viny za něco, co jsme nezpůsobili.
- Odčinění – snaha nahradit chybu něčím jiným, v zásadě hodnotovým.
- Opačné postoje – snaha vyhnout se odpovědnosti zaujetím opačného stanoviska.
- Reaktivní výtvoř – opačný postoj či protikladné chování, než který je jedinci vlastní.
- Sociální izolace – uzavření se do sebe před okolím.
- Negativismus – opačné chování, než které je v dané situaci očekáváno.
- Identifikace s agresorem či altruistická sebeprezentace – jedinec se stylizuje do role lidumila konajícího všeobecně prospěšné dobro.
- Vzdání se něčeho ve prospěch druhého – jedinec přenechává něco pro něj zajímavého či hodnotného jiným.
- Sublimace – vzdání se svých cílů pro druhé. Nese stopy původního pudového impulsu (Paulík, 2017).

2.10 Techniky zvládání těžkostí

Aby člověk eliminoval negativní důsledky stresu a zvýšení psychické zátěže, je výhodou, když zná dobře sám sebe a naučí se sebeovládání svých pocitů, emocí a svého chování. Existuje mnoho různých technik, které napomáhají vyrovnat se a přiměřeně zvládnout zvýšenou psychickou zátěž. Každý člověk je jedinečnou bytostí, proto u každého funguje něco jiného.

- Relaxace – její podstatou je naprostá koncentrace na určitou věc, jako např. tělesné pocity, dech. Ničeho jiného si v tu chvíli nevšímáme. Relaxace by měla navodit pocit vnitřního klidu a tělesného a duševního uvolnění. K nejznámějším relaxačním technikám např. patří autogenní trénink.
- Dechová cvičení – Dechový rytmus ovlivňuje svalové i psychické napětí a působí na celý organismus. Změna ve vztahu výdechu a nádechu působí tlumivě na emoce. S dechem se dá všelijak hrát a pracovat. Pro rychlé navození relaxace se využívá např. hlubokého dýchání.
- Imaginace – její podstatou je navození si příjemných myšlenek, které vedou při relaxaci k prohloubení pocitu klidu a vnitřní rovnováhy.
- Meditace – její podstatou je zaměření pozornosti a koncentrace na určitý jev. Může napomoci ke změně nebo odstranění zmatených myšlenek a pocitů. Cílem je dosažení vnitřní rovnováhy, harmonii myšlenek, představ a pocitů. Náboženské meditace jsou zase zaměřeny na přiblížení se k Bohu nebo k jiné autoritě, v níž věříme.
- Jóga – Existuje osm odnoží jógy, ale jde o cvičení, které má za cíl dokonale ovládnout své tělo i duši. Podstatou jógy je očištění vědomí a ztotožnění se s absolutním vědomím.

Toto je pouze několik z mnoha dalších technik, které mohou napomáhat zvládnání náročných a tíživých situací. Tyto výše zmíněné techniky potřebují určitý trénink, aby se dosáhlo efektivního uvolnění celého organismu. Každý jedinec je však vybaven i jednoduššími možnostmi, jak zvládat psychické obtíže. Jednou takovou je např. humor. Je prostředkem odreagování a příjemného uvolnění či odvedení pozornosti od nepříjemné situace. V Americe vznikla Americká Asociace pro Terapeutický Humor (American Association for Therapeutic Humor). Stresu a zátěži kladené na člověka může také napomoci např. četba, hudba, společnost přátel, náboženská víra a mnoho dalšího (Paulík, 2017, s. 272-307).

3 VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJÍ PROFESE VE VZTAHU K PSYCHICKÉ ZÁTĚŽI

Povolání sestry prošlo za poměrně krátkou dobu mnoha změnami. Ošetřovatelství bylo původně jakousi charitativní činností a v současné době je vysoce profesionálním samostatným oborem. Na rozvoji ošetřovatelství se významně zasloužila Florence Nightingaleová (1820 - 1909), která mj. kladla důraz i na vzdělávání sester. Vzdělávání sester stejně jako celé ošetřovatelství prodělalo také mnoho změn. Vzdělávání v ošetřovatelství je možné nyní získat na několika úrovních. Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání se v dnešní době řídí zákonem č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních (Bužgová, 2011, s. 82). Ošetřovatelství v průběhu 20. století zaznamenalo také významný posun vpřed. Z původního „pomocníka lékaře“ se stala samostatná vědní disciplína, čemuž přispělo i založení Mezinárodní společnosti sester na přelomu 19. století. Změnil se způsob ošetřování pacientů z funkčního systému na systém skupinové péče a později na systém primárních sester. Marjory Gordon jako první definovala první model ošetřovatelství a byla první prezidentkou Americké asociace pro sesterskou diagnostiku (NANDA). Díky této organizaci vzniklo první setřídění a pojmenování ošetřovatelských diagnóz a tento systém se stále rozrůstá (Švejsová, 2011, s. 104). V současné době existuje mnoho mezinárodních sesterských organizací, např. ICN, WENR, EFN, EONS, EMBT, ACENDIO, WHO (MZČR, 2018). Českou sesterskou organizací je Česká asociace sester, jejímž cílem je mj. spolupráce na změnách systému zdravotnických služeb v ČR a podpora aktivit, které vedou ke zvyšování uznání nelékařských profesí ve společnosti. Počet registrovaných sester v České asociaci sester k roku 2018 činí necelých pět tisíc členů (ČAS - O nás, 2017).

Sesterská profese je psychicky i fyzicky velmi náročné povolání. Toto povolání klade vysoké nároky na vědomosti, psychiku, komunikační schopnosti a na empatii. Sestra tráví s pacientem i jeho příbuznými nejvíce času z celého zdravotnického týmu. S pacientem i příbuznými prožívá strasti, bolest, strach a obavy. Je hlavní osobou, která pacienta i rodinu provádí a podporuje během umírání nemocného a samotné smrti. Sestra kromě teoretických znalostí a praktických dovedností musí ovládat i složitou zdravotnickou techniku. Ošetřovatelství je tedy po všech stránkách velmi rozmanité povolání (Heřmanová, 2012).

Podle Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) bylo v roce 2017 v celé ČR 82 345 všeobecných sester a porodních asistentek. Od roku 2012 počet všeobecných sester

a porodních asistentek neustále klesá, což nepříznivě ovlivňuje jejich fyzickou i psychickou zátěž (Bartůňková, 2017).

3.1 Profesní role sestry

Sestra se se svojí profesní rolí ztotožní a bude opravdu dobře pracovat v komplexně holistickém pojetí péče o pacienta teprve tehdy, když dosáhne vysoko ve svém profesionálním vývoji a dozraje do sociálně zralého člověka (Mellanová, 2014). Osvojení si sesterské role, cit pro zodpovědnost a nové vzory chování se přímo odvíjí od společenské prestiže, kterou sesterské povolání zastává. Základními atributy ošetrovatelského povolání je pevné zánění pro péči o lidi, jak zdravé, tak nemocné, víra, důstojnost a lidská hodnota každého jedince. Role sestry je vnitřně velmi konfliktní (Beňadiková, 2009). Podle Mellanové kvalitu profesionálního chování ovlivňují faktory vnější a vnitřní. Vnějšími faktory je sociální prostředí, ve kterém zdravotník žije, popřípadě kde se připravuje na svoji profesi a také místo, kde pracuje. Vliv na chápání role sestry má i historický vývoj ošetrovatelství. Jinak je vnímána prestiž sesterské profese v Anglii, kde se ošetrovatelství pojí se jménem Florence Nightingalové, a jinak je prestiž stejné profese vnímána v České republice, kde v 19. století byly ošetrovatelky v podstatě služebnictvem. V současné době podle sociologických průzkumů se řadí zdravotnické povolání v prestiži na poměrně vysoké místo v žebříčku. Stabilně se drží na sedmém až desátém místě ze 72 různých profesí. Také hodnocení společnosti je významným objektivním faktorem, který hodnotí vnímání prestiže sesterské profese. Z vnitřních faktorů se nejvíce uplatňují vzdělání, motivace pro profesi, kvalita socializace, osobnost, psychické předpoklady a sociální zralost (Mellanová, 2017).

Role sestry je profesionální rolí. Jde o sociální roli vázanou k určité profesi a vztahuje se k profesionálnímu konání, aktivitám, k vystupování příslušníků dané profese. Tyto profesní role jsou dynamické a proměňují se v čase. Pro dosažení vysoké úrovně profesionality je důležitý souběžný a kontinuální rozvoj kognitivní, afektivní a behaviorální složky. Kognitivní složka zahrnuje vědomosti a znalosti, afektivní složka znamená empatii, behaviorální složka zahrnuje praktické dovednosti a zručnost. Sestra jako profesionál má naplňovat mnoho rolí. Sestra je ošetrovatelka a pečovatelka, komunikátor a zprostředkovatel, poradkyně, edukátor, „advokát pacienta“, nositelka změn, vůdce a manažer, týmový hráč a výzkumník (Špirudová, 2007).

Podle Etického kodexu sester mají sestry čtyři základní povinnosti. Patří sem podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírňování utrpení. Samozřejmou součástí je také respektování lidských práv, kulturních práv, práva na život, práva na důstojnost a úctu (ČAS - Etický kodex, 2017).

3.2 Konflikt rolí žena-sestra

Každý jedinec ve svém životě zastává mnoho rolí současně. S vývojem a růstem jedince se role různě mění a prolínají. Některé životní role jsou vnímány pozitivně, některé negativně nebo problematicky. Konflikt rolí může být tedy poměrně komplikovaný. Může se vyskytovat ve vztahu mezi různými nositeli různých rolí. V tomto případě se jedná o interpersonální konflikt. Pokud jedinec vnímá konflikt ve vztahu k zastávaným rolím, jedná se o intrapersonální konflikt. Ten může být v rozporu mezi více zastávanými rolemi, pak se jedná o inter-rolí, nebo může být v rozporu v rámci jedné zastávané role, pak jde o intra-rolí. Také může být nesoulad mezi osobností a danou rolí. Konflikt uvnitř role může být dán tím, že okolí vyjadřuje k nositeli role určitá očekávání, která jsou obecně s rolí spjatá. Nositel role také může být vnitřně rozpolcen ve vnímání zastávané role. Konflikt osobnosti a role vyplývá z neslučitelnosti individuálních psychických rysů nositele role a sociálními nároky okolí (Vláčil, 2017).

Sociální role mohou být připsané nebo získané. Připsané role máme bez ohledu na to, co děláme a čemu se věnujeme, např. dcera, matka, manželka, atd. Role získané jsou takové, kterých nabýváme díky svým zkušenostem a sociálním uznáním. Sem může patřit např. vědkyně, lékařka, magistra, atd. Sociální role s sebou nesou svá práva i povinnosti, ale také nám umožňují chovat se určitým způsobem. Získávání nových rolí může být spojené ale i se stresem, neboť si jedinec musí svojí novou roli osvojit a prokázat své schopnosti, jakožto nositele nové role. Pocity selhání, popřípadě ztráta role může být velmi stresující a může vést k depresím. Stresující bývá také konflikt rolí, kdy je obtížné sladit novou roli s již ustálenými rolemi (Ayers, 2015, s. 215). Sociální role je soubor práv, povinností a očekávaného chování, jež vyplývá z určité sociální pozice, kterou jedinec zastává a také z momentální situace ve které se jedinec nachází. Každý člověk v životě zastává souběžně mnoho sociálních pozic a s nimi spjatých rolí. S každou svojí rolí se jedinec v různých obdobích života ztotožňuje různě. Společnost má určitá očekávání, jak se jedinec bude v té a té roli chovat. Do každé role jsou však promítány i osobní zkušenosti, nálady a charakterové vlastnosti nositele rolí. Žena/sestra (všeobecná sestra), zastává také kromě své

profesní role i role další. Může být pečující dcerou, matkou, babičkou, manželkou, partnerkou, věčnou studentkou, atp. Toto vše se může prolínat s její profesní rolí, kdy okolí očekává bezchybný profesionální přístup. Sama žena se může cítit lépe v jiné roli, než ve své profesionální sesterské. V tomto případě dochází k menšímu či většímu konfliktu zastávaných rolí. Sociální role může zahrnovat i způsoby chování v některých zátěžových situacích. Má tedy význam i pro odolnost v zátěži. Stresující pro jedince mohou být i problémy vycházející z nepochopení zastávané role, popřípadě v neschopnosti danou roli přijmout a realizovat tak příslušné a očekávané chování (Paulík, 2017).

3.3 Komplikované vztahy na pracovišti

Přirozenou součástí každého pracoviště v rámci fungování jsou konflikty. Konflikty jsou mnohdy nositeli konstruktivních změn. Někdy však konflikty a problémy převýší určitou hranici a spustí se dysfunkční řetězec, který podporuje vznik interpersonálních konfliktů. Zdroje interpersonálních konfliktů mohou být různorodé. Vévoda mezi nejvýznamnější příčiny uvádí odlišné očekávání v zastávaných rolích, informační nepřesnost, osobnostní rozdíly, nevyjasněné cíle a odpovědnost jednotlivců, nedostatek zdrojů atp. Stejně tak se může jednat i o názorový střet mezi jednotlivci. Konflikty někdy vedou k uzavření se do sebe a tím nejsou problémy adekvátně vykomunikovány, čímž se konflikt jen prohlubuje. Konflikty mezi sestrou a lékařem jsou často spojovány s pocitem nerovnoměrného rozdělení moci, postavení a prostředků. Lékaři spatřují příčiny konfliktů se sestrami na pracovišti v jejich pracovním přetížení, únavě a vyčerpanosti, způsobené personálním nedostatkem. Podle výzkumu v rámci projektu IGA MZČR bylo zjištěno, že konflikty mezi lékaři a všeobecnými sestrami v rámci pracovního procesu se nejvíce vyskytují v operačních oborech, na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a na jednotkách intenzivní péče (Vévoda, 2013, s. 56-59).

K osobnostním dispozicím, které podporují vznik vnitřních konfliktů podle Paulíka, patří *vulnerabilita, psychická labilita, úzkostnost, nevyjasnění vlastní identity, sociální nezralost, neujasněná a vnitřně rozporná soustava hodnot, volní nedostatky (neschopnost rozhodnout se, nedostatek důslednosti a vytrvalosti), nedostatek informací potřebných pro rozhodování, apod.* (Paulík, 2017, s. 84).

3.4 Psychická zátěž v profesi sestry

V ošetrovateľskej profesii je stres veľmi častým problémom. Súvisí s pracovným preťažením, personálnym nedostatkom a vysokou mierou fluktuácie zdravotníckych pracovníkov. Najčastejšími stresory v práci všeobecných sestier sú psychická a fyzická záťaž, nízka sociálna podpora, nízke finančné ohodnotenie, práca na smeny, stretávanie sa so smrťou a to hlavne u mladých pacientov alebo detí. Ďalšími stresory sú už dlhodobý nedostatok ošetrovateľského personálu, jednaniu s agresívnymi pacientmi a ich rodinami, umelé predlžovanie života pacientov a nepodporujúce chovanie kolegov a nadriadených. Toto všetko a mnoho ďalšieho negatívne pôsobí na psychiku človeka, obzvlášť pokiaľ je stresorov viac pohromade a je jim jedinec vystavený dlhodobo (Vévodová et al., s. 66-67, 2016).

Prvý rok je pre začínajúcu sestru v sestrskej profesii najťažší a býva zásadný v identifikácii s profesnými rolami. Sestra počas let prechádza svojím osobnostným vývojom vo vzťahu k svojej profesii. Sesterské povolanie patrí medzi veľmi psychicky zaťažujúce. Mellanová popisuje dve skupiny príčin psychického zaťaženia. Sú to príčiny, ktoré vyplývajú z vlastnej práce sestry a príčiny, ktoré majú pôvod v osobnom živote sestry (Mellanová, 2014, s. 62).

3.4.1 Príčiny psychickej záťaže vyplývajúcej z vlastnej práce sestry

Sesterská profesia vyžaduje neustálu pozornosť, presnosť a dôslednosť. Pozornosť sestry sa musí pružne prepojiť z jednej činnosti na druhú, reagovať na požiadavky kolegyň, lekárov a pacientov. Používa pamäť názornou, zrakovou, sluchovou, čichovou, ale tiež logickou a dlhodobou. Často je vystavená náhlým kritickým situáciám, kedy je nutné vo vteerine rozhodnúť ďalší postup a zároveň pôsobiť klidne. Komunikácia je bežnou súčasťou života, avšak v sestrskej profesii je o to náročnejšia, pretože sestra jedná s nemocnými ľuďmi, u ktorých nemoc zväčša zdôrazňuje ich charakterové rysy. Výjimečná nie je ani komunikácia s agresívnymi pacientmi alebo ich príbuznými. Súčasťou práce v zdravotníctve je častý styk s rôznymi nepriateľnými a silnými emočnými podnetmi. Veľmi silným emočným prežitkom je umieranie a smrť človeka alebo dieťa. Po dlhodobej práci s nemocnými a pôsobením rôznych negatívnych prejavov sa sestra môže cítiť unavená, vyčerpaná a stráca záujem o prácu. Tento stav môže vyústiť až v syndróm vyhoorenia. K psychickému vypetiu môže prispívať i zvýšený pocit zodpovednosti za zdravotný stav svěřených pacientov (Mellanová, 2014, s. 107-108).

3.4.2 Příčiny psychické zátěže vyplývající z osobního života sestry

Do těchto příčin se řadí veškeré starosti a zatěžující vlivy z prostředí mimo zdravotnickou profesi. Mohou to být starosti méně, ale i více zatěžující, od kterých se sestře nedaří odpoutat po příchodu do zaměstnání a myšlenky na ně sestru rozptylují v pracovních úkonech a vedou k nesoustředěnosti, zapomínání, nepřesnosti, nervozitě a netrpělivosti. Může jít o řešení problémů s vlastní rodinou, s dětmi, existenčními problémy, vlastními zdravotními problémy, atp. Pokud potíže v osobním životě přetrvávají delší dobu, nebo se stupňují, je to pro jedince velice vyčerpávající a zvyšuje se tak psychické i fyzické vyčerpání, které může narušovat i interpersonální vztahy na pracovišti (Mellanová, 2014, s. 108).

3.5 Riziko psychického vyhoření

Psychické vyhoření je reakcí převážně na pracovní stres nebo zvýšenou pracovní zátěž. Bývá také označováno jako syndrom vyhoření a vzniká důsledkem nahromaděného a déletrvajícího stresu, nejčastěji u pomáhajících profesí. Projevuje se psychickým vyčerpáním, ovlivňuje motivaci i emoce, postoje, názory a výkonnost jedince. Velmi často zasahuje do profesionality a sociální komunikace. Vznik syndromu vyhoření může být podpořen také v mimopracovní oblasti. V tomto případě se jedná o chronické denní nepříjemnosti nebo velké životní události, které působí negativně na psychiku člověka. Mezi rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření řadí mnoho autorů vysoké požadavky na pracovní výkon a pracovní monotonie, nízká míra autonomie v pracovní činnosti, vysoké celkové nadšení a zanícení, nízká míra asertivity, převažující hostilní a soutěživé chování, vysoká empatie a soutěživost, nedostatečné docenění ze strany nadřízeného, špatně vedená nebo chybějící supervize atd. (Pelcák, s. 88, 2011). Někteří lidé jsou k syndromu vyhoření i za stejných pracovních podmínek mnohem náchylnější. Předpokládá se, že klíčovým vnitřním faktorem, který podporuje vznik syndromu vyhoření, je osobnost jedince. Klíčovým vnějším faktorem je sociální podpora, kterou je myšlen systém sociálních vztahů, které jedinec k okolí produkuje, ale i přijímá (Kebza, s. 3-4, 2003).

U onkologických sester je vysoké riziko syndromu vyhoření. Nasvědčují tomu mnohé výzkumy (Zálešáková a Bužgová 2011, Vévodová et al. 2016). Dochází zde k nepoměru mezi dlouhodobou psychickou zátěží a ochrannými salutory. Pokud sestra neumí adekvátně zpracovat zátěžové situace a neefektivně používá techniky a strategie napomáhající ke zvládnutí zvýšené zátěže, zvyšuje se významně riziko syndromu vyhoření (Vévodová et al., s. 73-75, 2016). Sestry pracující na onkologických odděleních jsou

významně vystaveny syndromu vyhoření. Mnoho studií prokazuje, že se zde pracovníci mohou setkat s více stresory, mohou prožívat pocit selhání nebo frustraci při progresi nemoci pacienta, pocity bezmoci vůči nemocem a souvisejících ztrát, konfliktů a nejednoznačnosti či neúspěchů při provázení v umírání pacienta i jeho rodiny (Alacacioglu, s. 543-544, 2009).

3.6 Supervize ve zdravotnictví

Termín supervize pochází z latiny, kdy super znamená „výše“ nebo „přes“ a visio znamená „pohled“. Do češtiny je překládán jako „nadhled“ nebo „dohled“. Termín supervize se původně používal v anglicky mluvících zemích v odvětví ekonomiky, kde znamenal „dohled“ nebo „kontrola“ (Michková, s. 10, 2008).

Supervize je proces, který je zaměřen na reflexi profesní role a činnosti a aktivity spojené s pracovní pozicí. Nejvíce je využívána u profesí, které jsou zaměřené na práci s lidmi. Lze ji využít kdekoliv, kde je kontakt profesionála s klientem. Účastníkem může být jedinec nebo tým či skupina pracovníků. Evropská asociace pro supervizi a koučink (EASC) definuje supervizi jako metodu poradenství, s jejíž pomocí supervidovaný hodnotí svoji profesionální aktivitu. S pomocí supervizora může také jedinec najít postup pro řešení určitých problémů. Supervize je i model pro výukové procesy. Supervizorem je zpravidla profesionál v oblasti pomáhajících profesí (psycholog, sociální pracovník, pedagog, atp.), který je speciálně vyškolen v oblasti supervize (Venglářová, s. 14-18, 2013). Podle Michkové je cílem supervize *zvyšování profesionální kompetence v pracovních vztazích* (Michková, s. 11, 2008). Cílem supervize může být i vyšší uspokojení z práce, zvýšení pracovní aktivity a efektivity. Významně přispívá k prevenci profesního vyhoření. Prostřednictvím „dominového efektu“ je dobrá supervize prospěšná nejenom supervidovanému, ale i jeho klientům, spolupracovníkům, žákům atd. (Český institut pro supervizi, 2006).

Přístup jednotlivých supervizorů bývá odlišný i přesto, že základní pohled na mysl, cíl i funkci supervize je podobný. Tento určitý rozdíl je dán typem supervize, typem absolvovaného výcviku v supervizi, původní profesí supervizora, ale i jeho osobnostními rysy (Michková, s. 72, 2008).

4 SPECIFIKA DĚTSKÉ ONKOLOGIE

Obor dětské onkologie se začal rozvíjet v 60. letech 20. století. Zakladatelem tohoto dnes již samostatného oboru je profesor MUDr. Josef Koutecký, DrSc. Od doby svého vzniku prodělala dětská onkologie obrovský pokrok a vývoj v oblasti diagnostiky a léčby (Cimbálníková, s. 42, 2018).

Prognostické výsledky jsou dokladem toho, že pokrok v oboru dětské onkologie je značný. V roce 1964 byly jen 3 % vyléčených onkologicky nemocných dětí a v současné době se vyléčí více než 70 % těchto dětí. Nádorové onemocnění vnáší do života dítěte, rodiny i příbuzenstva mimořádný zásah. Kontakt každého zdravotníka s onkologicky nemocným dítětem a jeho rodinou má pro další osud pacienta rozhodující význam a jakákoliv pochybení s sebou nesou neblahé následky (Koutecký, s. 11-12, 2002).

Dětská onkologie je multidisciplinární obor, který vyžaduje spolupráci dalších medicínských oborů. Významný podíl v pokroku v léčebných výsledcích má i centralizace dětských pacientů, kteří potřebují onkologickou péči. Díky této centralizaci je možné dětským pacientům poskytnout vysoce odbornou lékařskou i ošetrovatelskou péči v celé své komplexnosti. V České republice máme dvě specializovaná centra zaměřená na diagnostiku a léčbu dětských nádorových onemocnění, FN v Praze Motole a FN v Brně (Cimbálníková, s. 42, 2018).

Vzhledem k závažnosti nádorových onemocnění u dětí je většina těchto dětí léčena podle velmi přesných léčebných protokolů, které zohledňují nejnovější poznatky v oboru a onkologickou léčbu tak posouvají dále. Jsou důkazy o tom, že zásadním prediktorem osudu onkologicky nemocných dětí je místo, kde je dítě s nádorovým onemocněním léčeno. Z tohoto důvodu také vznikla specializovaná centra kliniky dětské hematologie a onkologie v Praze a Brně (Štěrba, 2004). V České republice je každoročně diagnostikováno kolem 60 tisíc nových onkologických onemocnění a z toho je asi 300 nově diagnostikovaných onkologicky nemocných dětí (Petlachová, s. 110, 2011). Navzdory všem pokrokům současné medicíny a onkologie umírá na malignity kolem 20 % dětí. Péče o děti s inkurabilním onemocněním nebo v terminálním stádiu je z hlediska psychických nároků nejobtížnější pro všechny zúčastněné (Vlčková, s. 15, 2008).

4.1 Ošetrovatelská péče o onkologicky nemocné dítě

Mezi dětskou a dospělou onkologií jsou významné rozdíly. U dětí se vyskytují nejčastěji nádory z krvetvorné tkáně, z neuroektodermu a z mezodermu. Významným specifikem v dětské onkologii jsou nádory embryonální. Také biologie a etiologie pediatrických nádorů má svá specifika. Převažují zde agresivní a velmi rychle rostoucí tumory. Etiologie dětských nádorů je oproti dospělým často nejasná a nejvýznamnější vliv na jejich vzniku má pravděpodobně prenatální období. Je tedy patrné, že kromě medicínské péče má i ošetrovatelská péče v dětské onkologii svá specifika. Během kvalifikačního vzdělání všeobecných sester není problematika dětské onkologie nijak podrobněji vyučována a všeobecné sestry si mohou vzdělání v tomto oboru doplnit v rámci specializačního vzdělávání v oboru dětská sestra a ošetrovatelská péče v onkologii (Petlachová, s. 110, 2011).

Ošetrovatelská péče v dětské onkologii začíná již při diagnostice, kdy je součástí ošetrovatelské péče příprava dítěte i jeho rodiny na plánovanou vyšetření. Dítě je nutné informovat na úrovni jeho věku, využít spolupráce rodiny a zohlednit veškerá specifika vyplývající ze zdravotního stavu dítěte. Převážně u solidních tumorů je nezastupitelná chirurgická léčba. Zde je nutné v ošetrovatelské péči dítě i rodinu připravit na chirurgický výkon tak, aby se co nejvíce eliminovaly obavy ze samotného výkonu. Veškeré odebrané vzorky musí být pečlivě a bezchybně zpracovány, uloženy a odeslány. Medikamentózní léčba je ordinována na základě výšky a hmotnosti dítěte, proto je úlohou sestry tyto údaje pečlivě zaznamenávat a aktualizovat. Onkologické sestry musí mít dobré vzdělání týkající se účinků cytostatik a jejich vedlejších účinků. Je důležité znát zásady podávání cytostatik a také rizika. Sestry by měly mít znalosti v péči o centrální i periferní žilní vstupy a znát zásady jejich aseptického ošetrování. Dodržování aseptických postupů je u onkologicky nemocných dětí základní podmínkou ošetrovatelské péče. Dalším léčebným řešením v dětské onkologii je radioterapie, která má přísnější pravidla v indikaci, plánování i vlastním ozáření, než u dospělých. Důvodem je vysoké riziko pozdních následků z radioterapie, které mohou významně negativně ovlivnit kvalitu života dítěte do budoucna. Podpůrná léčba má v pediatrické onkologii také své důležité místo. Do podpůrné léčby patří léčba bolesti, léčba infekčních komplikací, hematologická podpůrná terapie, ale i psychologická péče. Psychologická péče se zaměřuje na celou rodinu, ne pouze na nemocné dítě. V dětské onkologii má psycholog nezastupitelnou roli. Onkologická sestra se podílí u všech těchto zmíněných terapií a snaží se být oporou jak pro dítě, tak pro celou rodinu. Věnuje se také

potřebám dítěte, což je jednou z nejdůležitějších úkolů sestry pracující na dětské onkologii. Jelikož onkologická léčba je dlouhodobá a může se protáhnout i na několik let, nesmí se opomenout potřeby jako potřeba bezpečí, kontaktu s rodinou, kontaktu s vrstevníky, potřeba spánku, atd. Potřeby dítěte je nutné vnímat v holistickém pojetí a uspokojovat podle individuality každého dítěte a jeho rodiny. Ve výuce, hře a vzdělávání se podílejí kromě sester i speciální pedagogové, herní terapeuti atd. Celodenní přítomnost rodiny má v onkologické léčbě a ošetrovatelské péči nenahraditelné místo (Petlachová, s. 110-111, 2011).

4.2 Psychická náročnost v onkologické ošetrovatelské péči

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta už sama o sobě je psychicky velmi náročná. Pediatrie je specifická tím, že je pečováno o dítě od novorozeneckého věku až po ranou dospělost. Každé věkové období s sebou přináší určitá specifika v ošetrovatelské péči, v komunikaci, ve sledování klinických příznaků a průvodních obtíží. Rozdílné je i sledování fyziologických funkcí, kdy každé věkové období má jinou normu hodnot. Je také důležité znát dobře psychomotorický vývoj, jehož odchylky mohou upozorňovat na možné zdravotní obtíže. Pediatrická sestra musí mít tedy velice rozsáhlé znalosti v ošetrovatelské péči (Sedlářová, 2008). Pediatrická onkologická péče je o to náročnější, že nemocné dítě a jeho rodina čelí velmi závažné diagnóze, která může končit i úmrtím. Onkologická léčba je velmi náročná, dlouhodobá a častokrát je provázena různými komplikacemi. Jelikož je na oddělení dětské onkologie přítomnost rodičů vítána po celou dobu hospitalizace, jsou sestry pod „drobnohledem“ rodičů hospitalizovaných dětí. Snahou komplexní onkologické péče je mít s rodiči dítěte partnerský vztah a podporovat je v podílení se na ošetrovatelské péči i na spolurozhodování se o dalších postupech náročné onkologické léčby. Sestry pracující na dětské onkologii často naváží úzký vztah s dítětem i s rodinou, jelikož léčba je dlouhodobá a pro rodiny se oddělení stává vlastně „druhým domovem“ (Cetlová, 2010).

Velmi psychicky náročnou kapitolou pro celý onkologický tým je zcela jistě péče o terminálně nemocné dítě, kdy se sestra stává podporou pro dítě i celou rodinu. V této péči mohou vypomáhat také odborníci z paliativních týmů, popřípadě dětských hospiců, se kterými dětská onkologická centra spolupracují (Ratiborský, 2012). Základním principem paliativní péče terminálně nemocných a jejich rodin je zajistit co nejdéle základní životní funkce a společenské a psychické zdroje (Koutecký, s. 14, 2001). Přesvědčení pro vznik dětské paliativní péče vzniklo v rámci péče o terminálně nemocné děti s nádorovým onemocněním. Principem je multidisciplinární spolupráce onkologických zdravotníků

a specialistů pro paliativní péči. Paliativní péče má svá specifika, z čehož vyplývá rozmanitost ošetrovatelské péče. Jelikož na spolupráci v rámci paliativní péče sestry během studia nejsou připravovány, je velmi náročné vyrovnat se s neodvratitelnou vidinou konce života dítěte a být oporou jeho rodině (Beardsmore, 2002).

Práce sestry na dětské onkologii je velmi náročná odborně, fyzicky, psychicky i lidsky. Tato práce vyžaduje rozsáhlé vzdělání v pediatrické i onkologické péči, profesionální a empatický přístup k dítěti i celé rodině. Sestra nevnímá pouze dítě samotné, ale vnímá ho jako součást celé rodiny. Svým profesionálním chováním pomáhá celé rodině překlenout toto velmi náročné životní období (Petlachová, s. 111, 2011). Práce na dětské onkologii zahrnuje pracovní stres, který je spojen s pracovními podmínkami a organizačními aspekty, ale i sociálním prostředím. Pracovníci jsou zde vystaveni chronickému stresu v rámci péče o chronicky a dlouhodobě či nevyléčitelně nemocné. Jsou také v každodenním kontaktu s utrpením a se smrtí. (Vévodová, s. 67, 2016).

Ko Woonhwa ve svém výzkumu zmiňuje pracovní zátěž, smrt pacienta a umírání jako nejvíce zatěžující faktory pro onkologické sestry (Ko Woonhwa, s. 161, 2016).

Zdravotníci, kteří pečují o vážně nemocné děti, kdy i přes veškerou medicínskou i ošetrovatelskou péči dojde k úmrtí dětského pacienta, zažívají obrovskou zátěž spojenou s fyzickým, emocionálním a morálním distressem. Péče o umírající děti a jejich rodiny má na zdravotnické pracovníky zásadní dopad ve všech ohledech. Zdravotníci potřebují profesionální psychosociální nebo supervizní podporu, aby se předcházelo jejich psychickému a emocionálnímu vyčerpání (Forster, 2015).

4.3 Nejčastější diagnózy v dětské onkologii

Mezi nádorová onemocnění dětského věku patří solidní nádory (představují asi dvě třetiny výskytu) a nádorová onemocnění krve (představují jednu třetinu výskytu). Ve srovnání s malignitami u dospělých, jsou malignity v dětském věku poměrně odlišné, jak výskytem, tak svým průběhem. U dětí se vyskytují rychle rostoucí a velmi agresivní nádory, které velmi brzy zakládají vzdálená nádorová ložiska, metastázy. Nezřídka dítě bezprostředně ohrožují na životě. Dětské nádory jsou však mnohem citlivější k radioterapii a k cytostatické léčbě. Nejčastějšími nádory v dětském věku jsou leukémie, které se vyskytují ve 30-35 %, nádory mozku nebo míchy (28 %) a nádory mízního systému (11 %). Nádorové onemocnění se u dětí velmi často projeví na podkladě útlaku důležitých struktur nádorem. Zastoupení nádorů

je v jednotlivých věkových kategoriích odlišné. Mozkové nádory, kostní nádory a nádory měkkých tkání se vyskytují ve významném zastoupení ve všech věkových kategoriích. V kojeneckém věku se nejčastěji vyskytují nádory jater (hepatoblastom), ledvin (nefromblastom), oční sítnice (retinoblastom) a nádory nervové tkáně (neuroblastom). Akutní leukémie se nejvíce vyskytuje u dětí ve věku od dvou do pěti let. Nádory mízní tkáně jsou typické u náctiletých (Hodgkin a Non-Hodgkin lymfom) a u náctiletých chlapců se často vyskytují i nádory varlat. Onemocnění se často manifestuje až ve stádiu metastatického onemocnění. Škála příznaků nádorových onemocnění v dětském věku je nesmírně široká a mnohdy velmi dlouho nespecifická. Není tedy snadné nádorové onemocnění častokrát diagnostikovat rychle (Hrdličková, 2018).

4.4 Prognostická data v dětské onkologii

Zhoubné nádorové onemocnění postihne v České republice asi 350 dětí a dospívajících za rok. V civilizovaných zemích jsou nádorová onemocnění druhou nejčastější příčinou úmrtí dětí. Jelikož jsou na prvním místě úmrtnosti dětí dětské úrazy, jsou nádory nejčastější příčinou úmrtí dětí v rámci dětských nemocí. V 60. a 70. letech 20. století byla úmrtnost dětských onkologických pacientů kolem 97 %. V současné době se úspěšnost onkologické léčby u dětí pohybuje kolem 80 %. Neplatí to však pro všechny typy nádorů (Hrdličková, 2018).

V České republice monitoruje data zhoubných nádorových onemocnění Národní onkologický registr (dále NOR) a webový portál SVOD pro vizualizaci onkologických dat. NOR zahrnuje epidemiologická data celé populace v České republice. Pro nádory dětského věku je však struktura databáze NOR nevyhovující a data v rámci dětské onkologie jsou nepřesná, zkreslená a neodrážejí skutečnou situaci v dětské onkologické problematice. Problémem je především v odlišném klasifikačním systému dětských a dospělých typů nádorů. První reálná data v problematice dětské onkologie byla předložena ve studii, která analyzovala období let 2007 až 2010. Výsledky vypovídají, že dětské nádory a hematologické malignity představují 1 % - 1,5 % z celkového počtu nádorových onemocnění v populaci v České republice. Dle údajů SEER a studii EURO CARE 4 má incidence nádorů u dětí, mladistvých a mladých dospělých lehce narůstající trend. Z celoevropských dat vyplynul meziroční nárůst incidence dětských nádorů od 1,3 % do 2 %. Léčebné výsledky dětských malignit v České republice jsou zcela srovnatelné se špičkovými pracovišti v západní Evropě a v USA. Česká

onkologie se tak svými úspěchy řadí k evropské i světové špičce vyspělých států světa (Bajčiová, 2011).

5 TESTOVANÉ HYPOTÉZY

Hypotézy průzkumné části diplomové práce jsou stanoveny s ohledem na potřebu vyhodnocení psychické pracovní zátěže všeobecných sester pracujících na dětských onkologických klinikách ve vztahu k vybraným parametrům (odpracovaná léta, výše pracovního úvazku, věk, starosti v osobním životě). Stanovené hypotézy byly testovány pomocí statistických metod, kterými byla analyzována primární data získaná průzkumným šetřením. V úvodních částech jsou popsány stanovené hypotézy, metodika průzkumu, popis použitých statistických metod a samotná analýza zjištěných dat. Závěr praktické části diplomové práce tvoří diskuze nad zjištěnými výsledky, závěrečná doporučení pro praxi a stanovení limitů provedeného průzkumu.

Hypotéza č. 1:

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a odpracovanými léty u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a odpracovanými léty u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie je statisticky významná závislost.

Hypotéza č. 2:

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou zátěží a celkově odpracovanými léty ve zdravotnictví u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a celkově odpracovanými léty ve zdravotnictví u všeobecných sester na dětské onkologii je statisticky významná závislost.

Hypotéza č. 3:

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester je statisticky významná závislost.

Hypotéza č. 4:

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě respondentů.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě respondentů je statisticky významná závislost.

Hypotéza č. 5:

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a věkem všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a věkem všeobecných sester na dětské onkologii je statisticky významná závislost.

6 METODIKA PRŮZKUMU

Cílem průzkumného šetření je specifikovat nejzásadnější aspekty psychické pracovní zátěže u všeobecných sester pracujících na dětském onkologickém oddělení. Cílem bylo také porovnat rozdíly psychické pracovní zátěže všeobecných sester na základě zjištěných odpovědí v rámci Meisterova dotazníku i dotazníku vlastní tvorby a současně porovnat psychickou pracovní zátěž respondentů s populační normou Meisterova dotazníku. Práce je vedena ve formátu průzkumné práce za použití metod, které se využívají ve výzkumu. Realizace průzkumu byla prováděna kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Samotnému průzkumu předcházela předvýzkum.

6.1 Předvýzkum

Samotnému průzkumu předcházelo provedení předvýzkumu. Cílem předvýzkumu bylo posoudit, zda je průzkum v daném prostředí možné zrealizovat. Součástí předvýzkumu bylo také otestování srozumitelnosti a jednoznačnosti otázek zvoleného dotazníku (standardizovaného dotazníku i dotazníku vlastní tvorby) a vhodnost skladby otázek. Předvýzkumu se zúčastnilo celkem 10 respondentů (7 žen a 3 muži). Na základě zjištění několika drobných chyb v interpretaci některých otázek v dotazníku vlastní tvorby byly tyto otázky následně v daném dotazníku upraveny (identifikační údaje a otázka č. 14). Z tohoto důvodu nebyla data získaná v rámci předvýzkumu do výsledků vlastního průzkumného šetření zahrnuta. Předvýzkum byl realizován v srpnu 2018.

6.2 Organizace průzkumného šetření

Před zahájením samotného průzkumného šetření a předvýzkumu byl osloven řídicí management zvolených zdravotnických zařízení s žádostí o získání souhlasu s provedením průzkumného šetření na vybraných odděleních. Na základě získaných souhlasů byly osloveny vrchní sestry vybraných onkologických oddělení a dohodnut termín pro distribuci dotazníků. Průzkumné šetření probíhalo v měsících září až listopad 2018 na obou zvolených dětských onkologických pracovištích. Dotazníky byly na oddělení dodány osobně a rozdány všeobecným sestrám. Vyplněné dotazníky byly samotnými respondenty vhazovány do připravených boxů za osobní přítomnosti autora této diplomové práce. Jednotlivé boxy byly označeny a určeny pro jednotlivé typy onkologických oddělení. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a data získaná v dotaznících byla zcela anonymní. Průzkumná šetření probíhala na dětských onkologických klinikách fakulturních nemocnic. Byla vybrána dvě dětská onkologická

pracoviště a to dětská onkologická klinika ve Středočeském kraji a dětská onkologická klinika v Jihomoravském kraji.

Na dětské onkologii Středočeského kraje bylo distribuováno celkem 30 dotazníků. Byly osloveny všeobecné sestry z různých oddělení onkologické kliniky, a to oddělení menších dětí, oddělení větších dětí, transplantační jednotka a jednotka intenzivní péče. Z celkového počtu 30 dotazníků se jich vrátilo řádně vyplněných zpět 29, jejich návratnost tak činila 96,66 %. Z důvodu nastavených kritérií pro zařazení do průzkumu (délka praxe na oddělení dětské onkologie minimálně po dobu jednoho roku a vystudovaný obor všeobecná sestra) musely být dva dotazníky vyřazeny. Z celkového počtu 30 rozdaných dotazníků bylo pro další zpracování dat použito 27 dotazníků, tzn. 90 %.

Na klinice dětské onkologie Jihomoravského kraje bylo distribuováno celkem 30 dotazníků. Byly osloveny všeobecné sestry z různých oddělení onkologické kliniky, a to lůžkové oddělení, transplantační jednotka a jednotka intenzivní péče. Z celkového počtu 30 dotazníků se jich vrátilo řádně vyplněných zpět 29. Jejich návratnost tak činila 96,66 %. Z důvodu nastavených kritérií pro zařazení do průzkumu (délka praxe na oddělení dětské onkologie minimálně po dobu jednoho roku a vystudovaný obor všeobecná sestra) musel být jeden dotazník vyřazen. Z celkového počtu 30 rozdaných dotazníků bylo pro další zpracování dat použito 28 dotazníků, tzn. 93,33 %.

Splnění stanoveného kritéria (praxe na oddělení v minimální délce jednoho roku) je zásadní. Toto kritérium je dáno instrukcemi přímo z Meisterova dotazníku. Nedodržení tohoto kritéria by mohlo významně ovlivnit výsledky průzkumu (Hladký, 1999). Dalším kritériem pro zařazení do průzkumu bylo zařazení pouze všeobecných sester, tzn. vystudovaný obor všeobecná sestra. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vymezuje jasné kompetence pro jednotlivé nelékařské zdravotnické pracovníky, jako jsou všeobecné sestry, praktické sestry a dětské sestry, atp. a to na základě získaných znalostí na příslušných odborných zdravotnických školách (Zákony pro lidi, 2019). Dětské sestry ani praktické sestry do průzkumu nebyly zařazeny záměrně. Je vycházeno pouze z osobního předpokladu, že rozdílná příprava na zdravotnické povolání v rámci studia/oboru, by mohla ovlivnit pohled na vnímání psychické pracovní zátěže. Také toto kritérium limituje velikost průzkumného vzorku.

Klinika dětské onkologie ve Středočeském kraji a klinika dětské onkologie v Jihomoravském kraji byly zvoleny záměrně, jelikož se jedná o jediná pracoviště dětské onkologie v České republice, kde jsou hospitalizovány děti pouze s onkologickou problematikou. Tyto kliniky zahrnují několik typů dětských onkologických oddělení, např. lůžková oddělení, jednotky intenzivní péče, transplantační jednotky atp. Dětská onkologická oddělení jiných nemocnic jsou součástí větších pediatrických klinik a všeobecné sestry se zde starají i o děti s neonkologickými nemocemi, proto by mohly být výsledky průzkumu zkreslené. Z tohoto důvodu byly tedy vybrány pro průzkum právě tyto dětské onkologické kliniky, což dále limituje i získané množství respondentů.

6.3 Dotazník

Sběr dat probíhal kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření (viz. Seznam příloh, Obrázek 2 – Použitý dotazník LIST 2). Pro účely průzkumu byl zvolen standardizovaný Meisterův dotazník, který byl na základě prostudování aktuálních zdrojů doplněn ještě o sedm otázek vlastní tvorby s cílem získat další informace, které mohou mít vliv na pracovní psychickou zátěž u všeobecných sester pracujících na dětském onkologickém oddělení. V úvodu dotazníku byl respondentům vysvětlen důvod průzkumného šetření, struktura dotazníku a základní kritéria pro zařazení do průzkumu (délka praxe v minimální délce 1 roku na oddělení dětské onkologie a vystudovaný obor všeobecná sestra). Dotazník byl zcela anonymní a jeho vyplnění dobrovolné, o čemž byli respondenti informováni. Dotazník se skládal ze tří částí. V první části dotazníku respondenti vyplnili demografické údaje (pohlaví, věk, výši pracovního úvazku, rodinný stav, vystudovaný obor). Následovalo vyplnění standardizovaného Meisterova dotazníku, jenž sestává z deseti otázek, jejichž vyplnění je bodové od 1 – 5, kdy bod 1 znamená „ne, vůbec nesouhlasí“ a bod 5 naopak „ano, plně souhlasí“. Závěrečná část dotazníku zahrnovala sedm otázek vlastní tvorby. Šest otázek bylo uzavřených (č. 11, 12 a 14-17) a týkaly se délky praxe, pohlaví, mateřství a subjektivního vnímání zátěže a stresu. Z těchto uzavřených otázek byla jedna otázka dichotomická (č. 14) a zbylé otázky polytomické (č. 11, 12, 15-17). Jedna otázka byla polouzavřená (č. 13). Zde měli respondenti možnost vyjádřit se kromě nabídnutých možností i svými slovy. A současně se jednalo i o výčtový typ otázky, kdy bylo možné uvést více odpovědí. Tato otázka se týkala zatěžujících podnětů při práci. V této polouzavřené otázce využil pouze jeden respondent možnost vlastní odpovědi (Chráska, 2016).

Tento průzkum je z hlediska zobecnitelnosti nedostatečný a nelze tedy na jeho základě data zobecňovat. Získané výsledky jsou platné pouze u všeobecných sester pracujících v konkrétních zdravotnických zařízeních vybraných pro tento průzkum.

6.3.1 Meisterův dotazník

Ke zkoumání pracovní psychické zátěže se osvědčil dotazník vytvořený v roce 1975 W. Meisterem. Tento původní dotazník byl v letech 1976 až 1984 ověřován hygienickou službou. V současné době je používána jeho upravená verze z roku 1987. Zásadními přednostmi tohoto dotazníku jsou stručnost, dobrá srozumitelnost pro respondenty a spolehlivost (reliabilita). Hodnocení pracovní psychické zátěže má platnost pouze pro zkoumanou skupinu, jelikož se i při podobném charakteru práce mohou pracovní skupiny vzájemně lišit vzhledem k mnoha okolnostem, jako např. motivace k práci, vztahy mezi lidmi, jednání vedoucích pracovníků vůči skupině atp. Dotazník slouží pouze k odhalení pracovišť se specifickými problémy a dále je potřebné využití dalších podrobnějších metod, které zjištěné výsledky Meisterova dotazníku ještě osvětlí a ozřejmí. Dotazník obsahuje celkem deset otázek. W. Meister zjistil za pomoci faktorové analýzy tři faktory. Faktor přetížení, monotonii a nespecifický faktor. Pro faktor přetížení jsou zahrnuty položky 1, 3 a 5. Pro monotonii to jsou položky 2, 4 a 6. Pro nespecifický faktor jsou zahrnuty položky 7, 8, 9 a 10. Při hodnocení zatěžujících faktorů se vychází z kritických hodnot mediánu. Překročení kritických hodnot poukazuje na nadměrnou zátěž v dané oblasti (Hladký, 1999).

Statistické zpracování výsledků je dáno porovnáním mediánů jednotlivých položek s kritickou hodnotou mediánů, které představují normované hodnoty stanovené W. Meisterem pro pracovní skupiny. V položkách, u kterých překračuje zjištěný medián kritickou hodnotu mediánu, hodnotí zkoumaná skupina svou práci negativně. V položkách, kde medián nedosahuje kritických hodnot, znamená naopak kladné hodnocení práce zkoumanou skupinou (Hladký, 1993). Klasifikace zátěže se provádí ve třech stupních. Stupeň č. 1 znamená psychickou zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti. Je zde však nutné odhlédnout od náhodných situací v průběhu pracovní směny. Stupeň č. 2 znamená psychickou zátěž, při které může pravidelně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu či výkonnosti. Stupeň č. 3 znamená psychickou zátěž, při které nelze vyloučit zdravotní rizika (Židková, 2001).

6.3.2 Dotazník vlastní tvorby

Závěrečnou část celého dotazníku určeného respondentům tvořily otázky vlastní tvorby. Cílem těchto otázek bylo zjistit další data, která by mohla mít vliv na percepci pracovní psychické zátěže na daném pracovišti. Dotazník vlastní tvorby obsahoval sedm otázek, které byly zaměřeny na délku praxe, na subjektivní vnímání stresu v osobním životě, vyrovnání se se stresem a subjektivním vnímáním zatěžujících pracovních vlivů na soukromý život. Také byla získána informace, zda je respondent matkou/otcem.

6.4 Použité statistické metody

Na základě konzultace se statistiky byly pro vyhodnocení a analýzu dat použity dvě statistické metody. A to Spearmanův koeficient pořadové korelace a jednovýběrový t-test. Tyto statistické metody byly použity v kapitole 8 Analýza Meisterova dotazníku hodnocení psychické pracovní zátěže. Data byla zpracována v programech MS Excel 2010 a SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Při zpracování hypotéz je vycházeno z absolutních četností. V rámci jednotlivých krajů odpovědělo u každé otázky vždy celkem 100 % respondentů s výjimkou otázky č. 13, kde součet neudává 100 % z důvodu výčtového typu otázky, kdy může respondent uvést více odpovědí.

6.4.1 Spearmanův koeficient pořadové korelace

Využívá se pro zjištění závislosti dvou proměnných, které jsou nejčastěji ordinárního charakteru a které vyžadují neparametrické testování. Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu je měřena intenzita závislosti pořadí znaků dané proměnné. Dosahuje hodnot z intervalu $<-1;1>$, v němž krajní hodnoty představují absolutní závislost. Znaménko zde udává směr. Znaménko plus je pro přímou asociaci a znaménko mínus je pro nepřímou asociaci. Nižší hodnoty znamenají slabou až středně silnou závislost. Statistická významnost tohoto Spearmanova koeficientu se vyhodnocuje testem pomocí jeho příslušné signifikace. Když je p-hodnota nižší, než zvolená hladina významnosti α , která se nejčastěji volí jako 5 %, je závislost uvažována za statisticky významnou. Sílu korelace pak udává samotná hodnota korelačního koeficientu (Hebák a kol., 2013).

Tato statistická metoda byla zvolena z důvodu, aby bylo možné rozhodnout, jak těsně spolu souvisí dvě proměnné, které byly zachyceny pomocí ordinálního měření. Lze takto kvantitativně stanovit, jak dalece si jsou dvě proměnné podobné, což určí i souvislost mezi zkoumanými jevy (Chráška, 2016).

6.4.2 Jednovýběrový t-test

Testujeme-li hypotézu o průměru známého ze základního souboru celé populace a máme-li k dispozici pouze malý vzorek, používá se pro testování průměru jednovýběrový t-test. Jako testové kritérium se používá statistika t , která má při platnosti hypotézy H_0 studentovo rozdělení t s příslušným počtem stupňů volnosti ($v = n - 1$). Pro ověření platnosti hypotézy se vychází z kritických hodnot, kterými jsou kvantily studentova t rozdělení s danými stupni volnosti. Pro vyhodnocení testované hypotézy se využívá p-hodnota, která udává signifikaci testu. Pokud je její hodnota menší, než zvolená hladina významnosti α , která se volí nejčastěji 5 %, potom nulovou hypotézu o rovnosti průměrů zamítáme ve prospěch hypotézy alternativní. V tom případě se prokáže, že vzorek nepochází z dané populace. V opačném případě nelze hypotézu o rovnosti průměrů zamítnout (Hindls, Hronová a kol., 2006).

Tato statistická metoda byla zvolena z důvodu, aby bylo možné porovnat číselnou proměnnou s nějakým obecným předpokladem. V tomto případě s normou Meisterova dotazníku (Chráška, 2016).

7 ANALÝZA NASBÍRANÝCH DAT

Analýza nasbíraných dat je rozdělena na dvě části. V první části jsou zanalyzována identifikační data a odpovědi z dotazníku vlastní tvorby. Ve druhé části jsou rozebrána nasbíraná data ze standardizovaného Meisterova dotazníku a vyhodnoceny stanovené hypotézy a dílčí cíle.

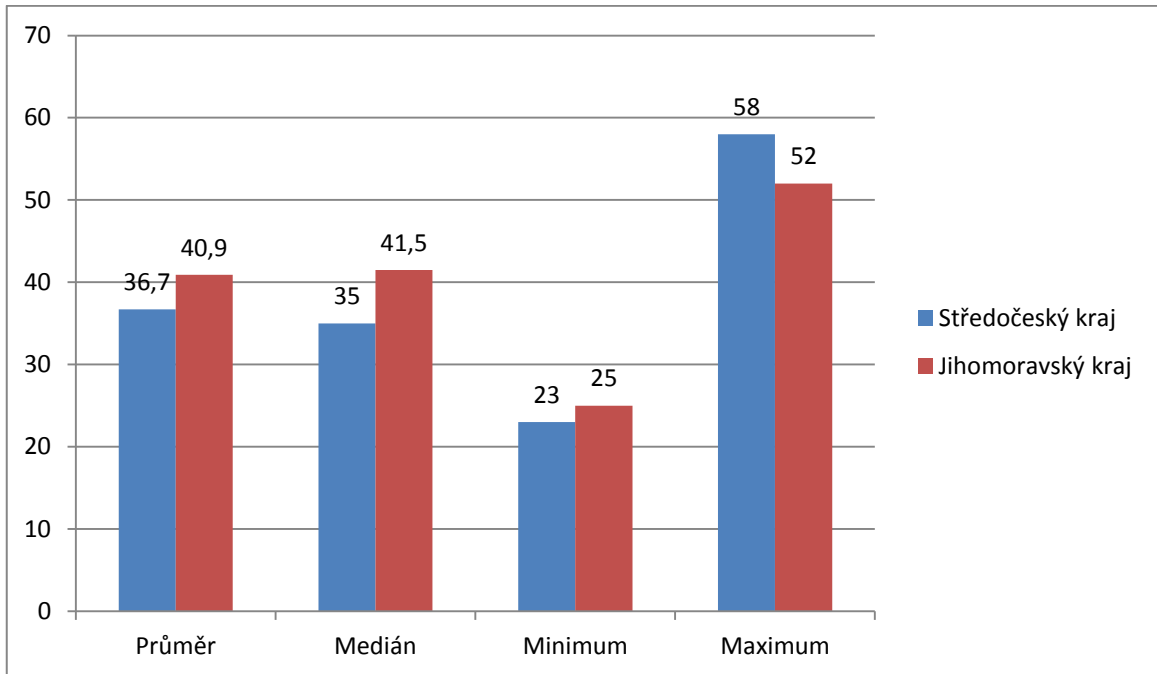
7.1 Základní charakteristika souboru

Dotazník vyplnilo celkem 58 všeobecných sester z dětských onkologických oddělení. Z tohoto celkového počtu je 29 vyplněných dotazníků z dětských onkologických oddělení ve Středočeském kraji a 29 vyplněných dotazníků z dětských onkologických oddělení v Jihomoravském kraji. Jelikož zásadními kritérii pro zařazení do průzkumu bylo, aby byl respondent na dětském onkologickém oddělení zaměstnán v minimální délce jednoho roku, a současně byl i vystudovaný v oboru všeobecná sestra, musely být z průzkumu ještě tři dotazníky vyřazeny. Otázky týkající se stanovených kritérií byly zahrnuty v otázkách a identifikačních údajích použitého dotazníku. Dva vyřazené dotazníky byly ze Středočeského kraje a jeden vyřazený dotazník byl z Jihomoravského kraje. Definitivní velikost vzorku je tedy ve Středočeském kraji 27 respondentů a v Jihomoravském kraji 28 respondentů.

Věk respondentů

Průměrný věk všeobecných sester na dětské onkologii ve Středočeském kraji je 36,7 let a v Jihomoravském kraji 40,9 let.

Graf 1 Věk všeobecných sester

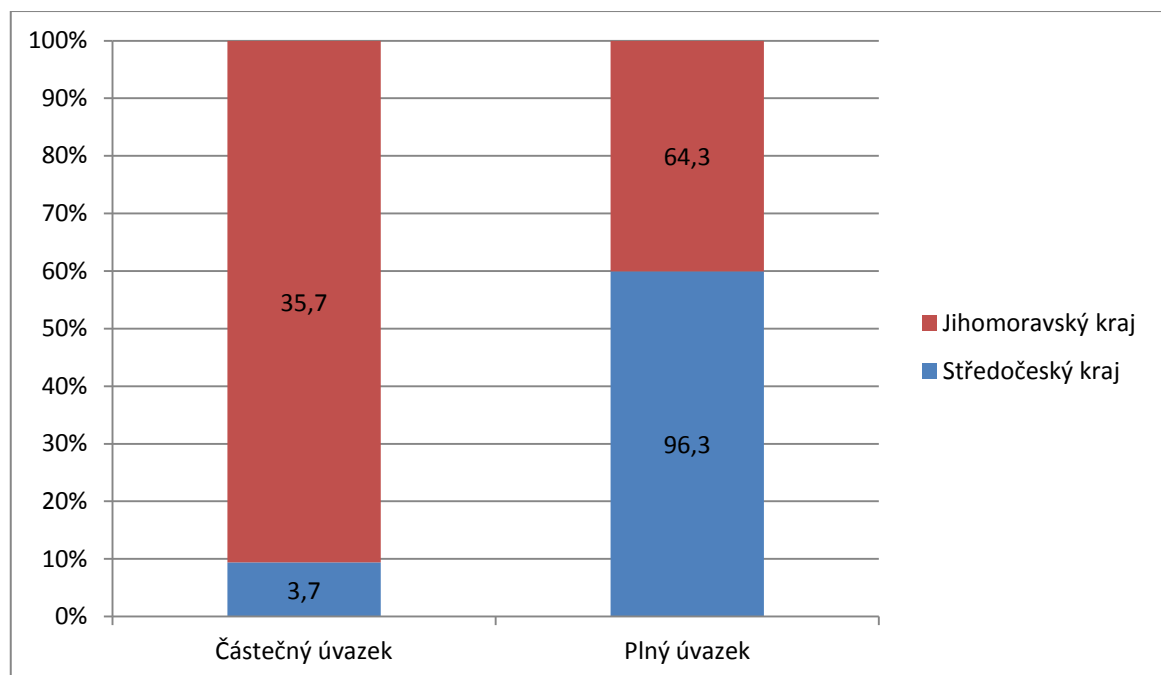


Výše pracovního úvazku respondentů

- Plný
- Částečný

Na dětské onkologii ve Středočeském kraji má částečný pracovní úvazek pouze jedna všeobecná sestra. Naproti tomu na dětské onkologii v Jihomoravském kraji má částečný pracovní úvazek více než třetina všeobecných sester.

Graf 2 Výše pracovního úvazku

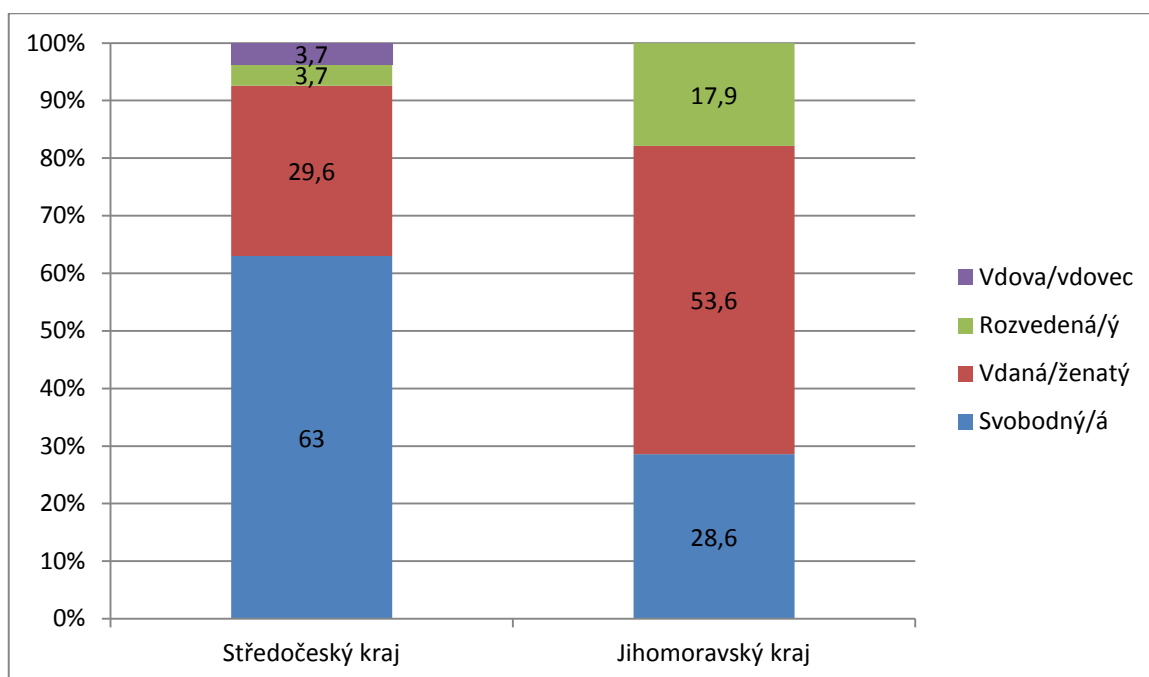


Rodinný stav respondentů

- Svobodná/ý
- Vdaná/ženatý
- Rozvedená/ý
- Vdova/vdovec

Na oddělení dětské onkologie ve Středočeském kraji jsou všeobecné sestry ve dvou třetinách svobodné. V Jihomoravském kraji je naopak polovina všeobecných sester vdaná.

Graf 3 Rodinný stav



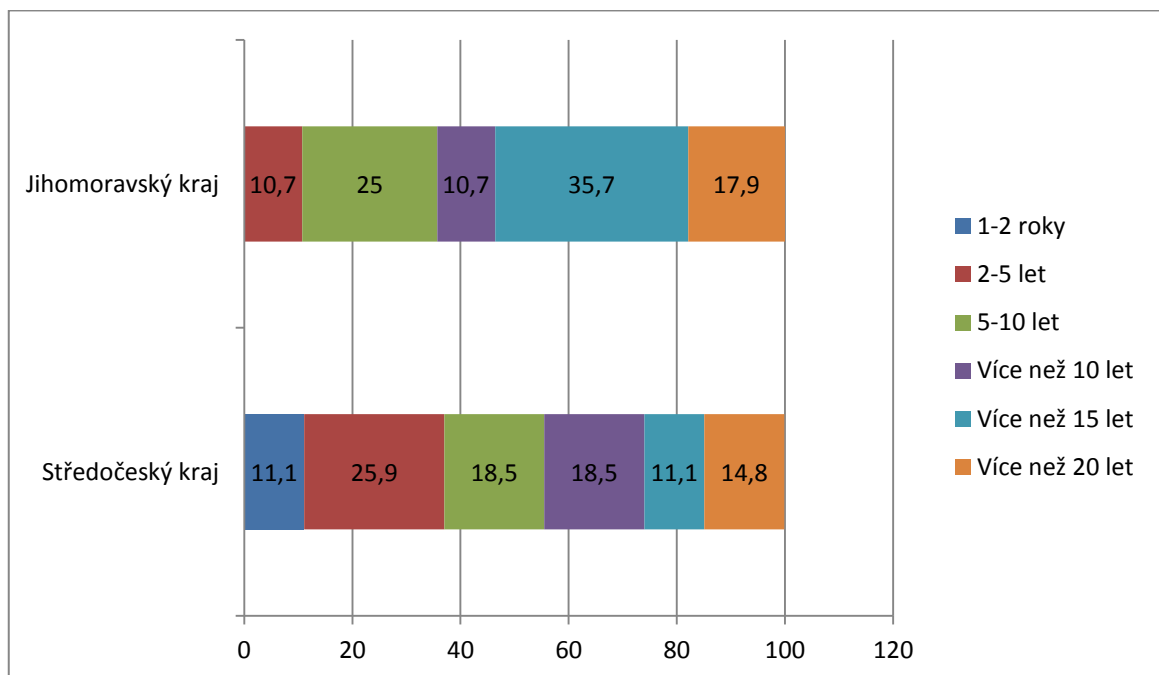
Otázka č. 11 (Dotazník vlastní tvorby)

Na klinice dětské onkologie pracuji

- Méně než 1 rok
- 1-2 roky
- 2-5 let
- 5-10 let
- Více než 10 let
- Více než 15 let
- Více než 20 let

Z grafu je přehledně vidět, že ve Středočeském kraji mají všeobecné sestry délku praxe na dětském onkologickém oddělení nejčastěji v délce 2 až 5 let. Oproti tomu v Jihomoravském kraji je nejčastější délka praxe na dětském onkologickém oddělení v délce více než 15 let.

Graf 4 Délka praxe na dětské onkologii



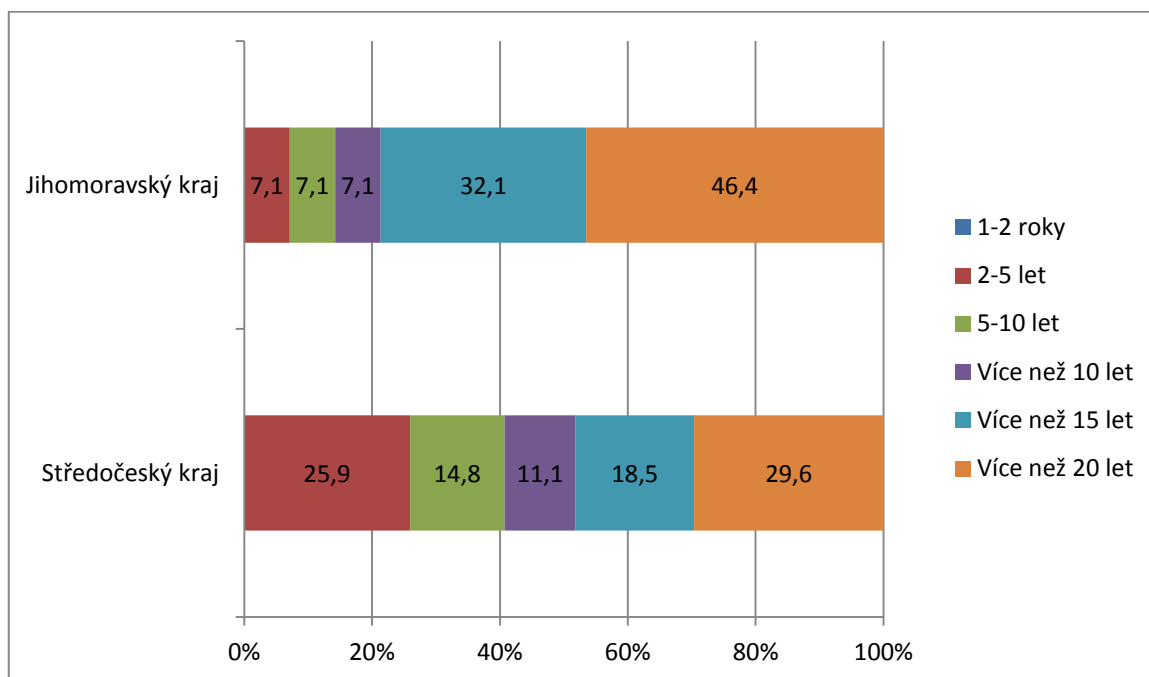
Otázka č. 12 (Dotazník vlastní tvorby)

Ve zdravotnictví pracuji celkově

- Méně než 1 rok
- 2-5 let
- 5-10 let
- Více než 10 let
- Více než 15 let
- Více než 20 let

Celková délka praxe ve zdravotnictví se u všeobecných sester na dětském onkologickém oddělení Středočeského kraje pohybuje nejčastěji v délce 2 až 5 let, ale i v délce více než 20 let. Na dětské onkologii Jihomoravského kraje mají všeobecné sestry celkovou délku praxe ve zdravotnictví nejčastěji v délce více než 15 let a více než 20 let.

Graf 5 Celková délka praxe ve zdravotnictví



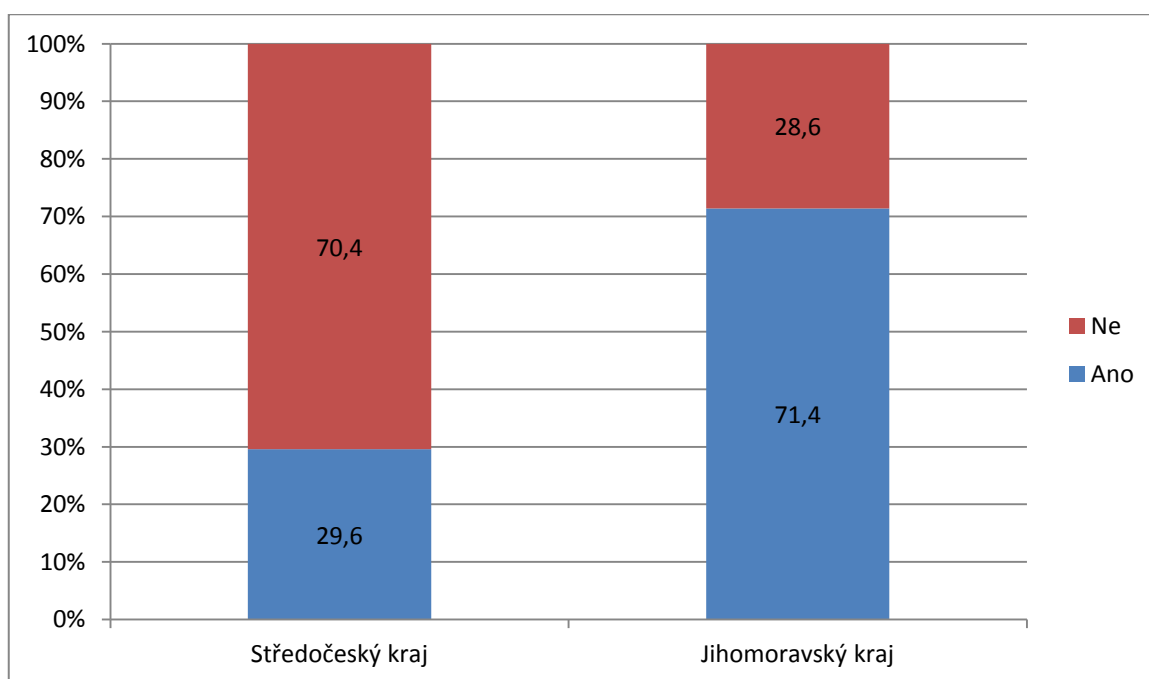
Otázka č. 14 (Dotazník vlastní tvorby)

Máte dítě/děti, nebo o ně v domácnosti pečujete? (vlastní i nevlastní)

- Ano
- Ne

S ohledem na psychickou pracovní zátěž bylo zajímavé zjistit, zda všeobecné sestry na dětských onkologiích mají děti (vlastní i nevlastní). Zatímco děti mají nebo o ně v domácnosti pečují téměř dvě třetiny všeobecných sester z dětské onkologie v Jihomoravském kraji, je tomu u všeobecných sester dětské onkologie ve Středočeském kraji téměř naopak. Zde jsou matkami nebo má vlastní či nevlastní dítě/děti necelá třetina respondentek.

Graf 6 Péče o děti



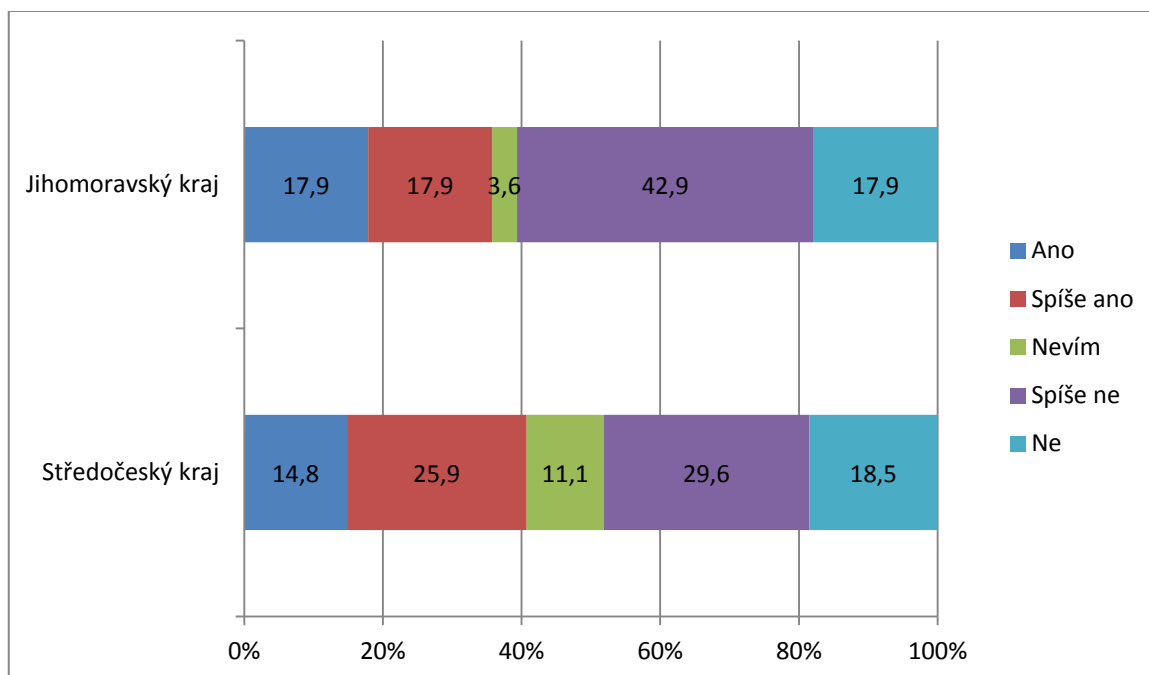
Otázka č. 15 (Dotazník vlastní tvorby)

Pocítujete v osobním životě vyšší míru stresu nebo napětí?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Subjektivní pocit stresové zátěže v osobním životě respondentky z obou zkoumaných pracovišť zhodnotily téměř shodně. Stres v osobním životě pocítuje 40 % všeobecných sester z dětské onkologie ve Středočeském kraji a 36 % všeobecných sester z dětské onkologie v Jihomoravském kraji.

Graf 7 Subjektivně vnímaný stres v osobním životě



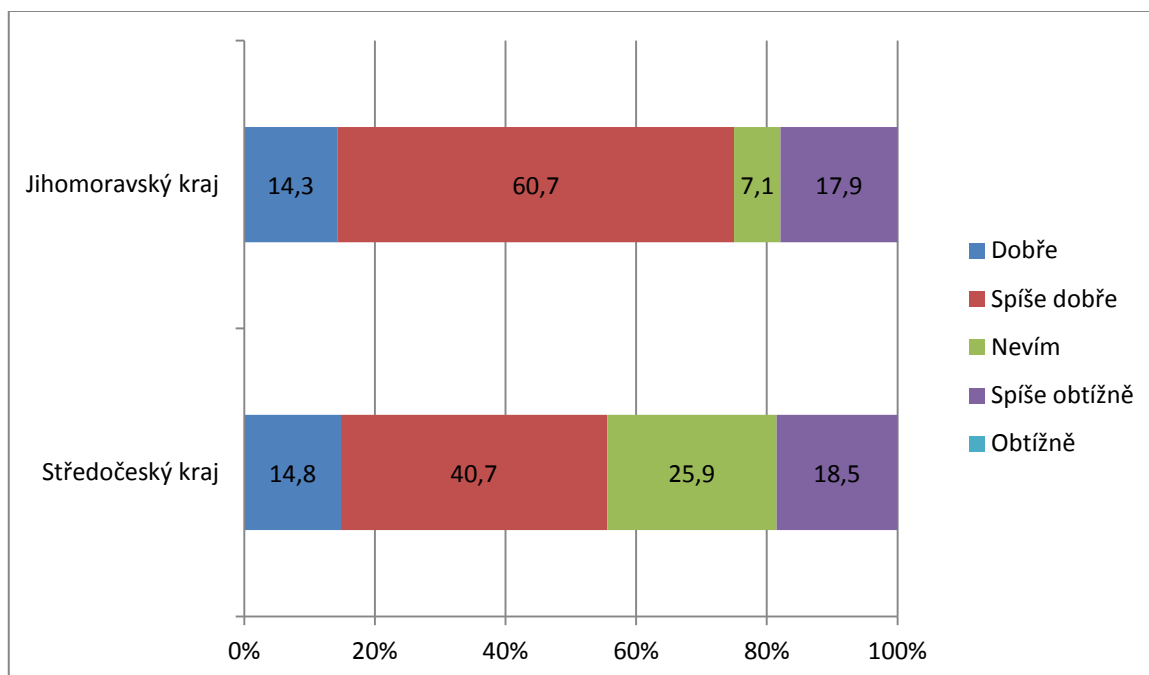
Otázka č. 16 (Dotazník vlastní tvorby)

Se stresem se vyrovnáváte

- Dobře
- Spíše dobře
- Nevím
- Spíše obtížně
- Obtížně

Všeobecné sestry z dětských onkologických oddělení Středočeského kraje dle jejich subjektivních výpovědí uvedly v 50 %, že se se stresem vyrovnávají dobře nebo spíše dobře. V Jihomoravském kraji se dobře se stresem vyrovnávají tři čtvrtiny dotazovaných respondentek.

Graf 8 Sebehodnocení respondentek adaptace na stres



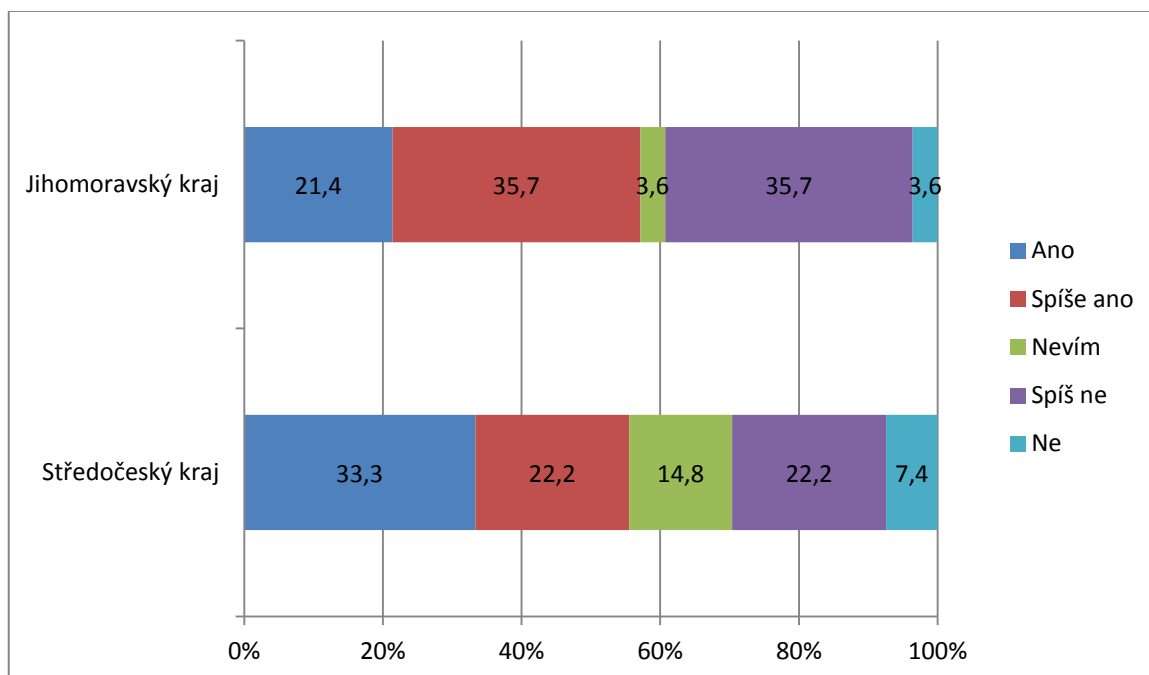
Otázka č. 17 (Dotazník vlastní tvorby)

Pocítujete vliv pracovní psychické zátěže na Váš soukromý život?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

V otázce týkající se vlivu psychické pracovní zátěže na soukromý život respondentek se výsledky z obou vybraných pracovišť dětských onkologií téměř shodují. Všeobecné sestry ve Středočeském kraji udávají v 55 %, že psychická zátěž má vliv na jejich soukromý život. V Jihomoravském kraji totéž udává 57 % dotazovaných všeobecných sester.

Graf 9 Vliv zátěže na soukromý život



8 ANALÝZA MEISTEROVA DOTAZNÍKU PSYCHICKÉ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE

Následující analýza výsledků je věnována vyhodnocení Meisterova dotazníku. Každé pracoviště je zanalyzováno zvlášť. V první části (podkapitola 8.1) jsou vyhodnoceny výsledky Meisterova dotazníku u všeobecných sester pracujících na dětském onkologickém oddělení ve Středočeském kraji a vyhodnocení stanovených hypotéz. Ve druhé části (podkapitola 8.2) jsou vyhodnoceny výsledky Meisterova dotazníku u všeobecných sester pracujících na dětském onkologickém oddělení v Jihomoravském kraji a vyhodnocení stanovených hypotéz.

8.1 Středočeský kraj

- **Dílčí cíl č. 1**

Zjistit, jaký ze tří faktorů Meisterova dotazníku psychické pracovní zátěže převládá u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie

Stanoveným cílem bylo zjistit, který ze tří faktorů Meisterova dotazníku psychické pracovní zátěže převládá u všeobecných sester pracujících na dětském onkologickém oddělení.

Pro porovnání faktorů bylo nutné nejprve tyto faktory vytvořit, a to sečtením hodnot určitých otázek z Meisterova dotazníku. Faktor 1 – PŘETÍŽENÍ, zahrnuje otázky č. 1 časová tíseň, č. 3 vysoká odpovědnost a č. 5 problémy, konflikty. Faktor 2 – MONOTONIE, zahrnuje otázky č. 2 malé uspokojení, č. 4 otupující práce a č. 6 monotonie. Faktor 3 - NESPECIFICKÝ FAKTOR, zahrnuje otázky č. 7 nervozita, č. 8 přesycení, č. 9 únava a č. 10 dlouhodobá únosnost. Jednotlivé otázky lze porovnat vůči standardu žen v České republice. Tímto standardem je kritická hodnota mediánu. Výsledky pro jednotlivé otázky jsou uvedené v následující tabulce. Překročení kritické hodnoty bylo zaznamenáno v otázce *časová tíseň*. Kritické hodnoty bylo dosaženo v otázkách *vysoká odpovědnost*, *přesycení* a *únava*.

Tabulka 1 Vyhodnocení kritických hodnot mediánu (Středočeský kraj)

Jednotlivé otázky – Meisterův dotazník	Kritická hodnota mediánu	Medián pro Středočeský kraj
1. Časová tíseň	3	4**
2. Malé uspokojení	2,5	2
3. Vysoká odpovědnost	3	3*
4. Otupující práce	2,5	1
5. Problémy, konflikty	2,5	2
6. Monotonie	2,5	1
7. Nervozita	3	2
8. Přesycení	3	3*
9. Únava	3	3*
10. Dlouhodobá únosnost	2,5	2

** Překročení kritické hodnoty

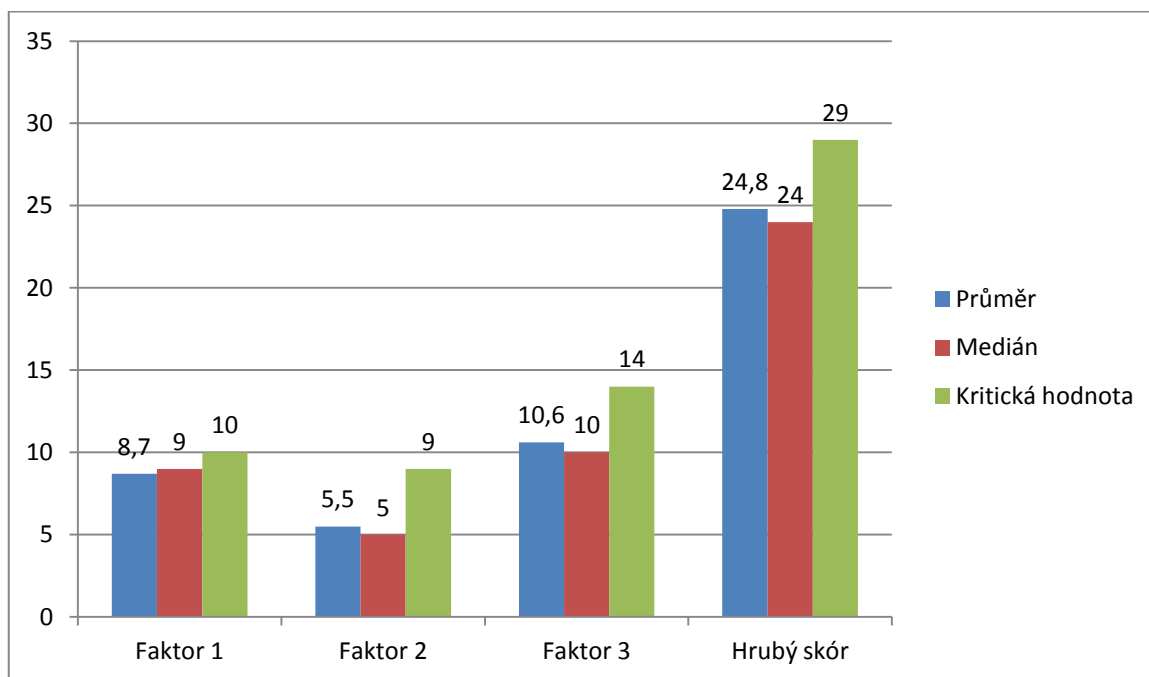
* Dosažení kritické hodnoty

Maximální hodnotou pro faktor 1 a faktor 2 je hodnota 15. Pro faktor 3 je maximální hodnota 20. Pro hrubý skór je maximální hodnota 50. Z následující tabulky je patrné, že se těmto maximálním hodnotám nejvíce přibližují hodnoty mediánu u faktoru 1 a u faktoru 3.

Tabulka 2 Maximální hodnoty faktorů (Středočeský kraj)

	Max. hodnota	Kritická hodnota	Průměr	Průměr/max. (%)	Medián	Min.	Max.
Faktor 1	15	10	8,7	58,3	9	3	13
Faktor 2	15	9	5,5	36,5	5	3	14
Faktor 3	20	14	10,6	52,8	10	4	18
Hrubý skór	50	29	24,8	49,6	24	10	39

Graf 10 Průměr, medián, kritická hodnota (Středočeský kraj)

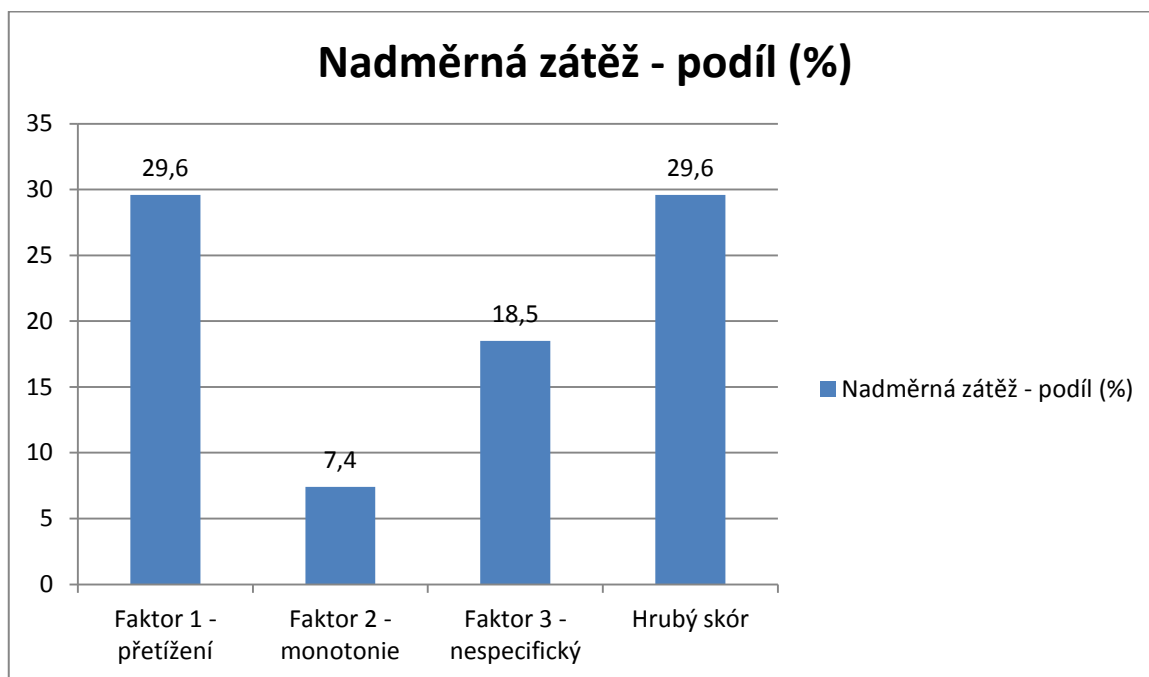


Při hodnocení nadměrné zátěže se došlo k výsledkům, že kritickou hodnotu u faktoru 1 překročila téměř třetina dotazovaných všeobecných sester. U faktoru 2 kritickou hodnotu překročily pouze dvě všeobecné sestry a u faktoru 3 překročila kritickou hodnotu téměř pětina všeobecných sester. U hrubého skóru překročila kritickou hodnotu necelá třetina dotazovaných všeobecných sester. Tyto všeobecné sestry trpí nadměrnou zátěží.

Tabulka 3 Nadměrná zátěž (Středočeský kraj)

	Kritická hodnota	Nadměrná zátěž - počet (n)	Nadměrná zátěž – podíl (%)
Faktor 1 /přetížení	10	8	29,6
Faktor 2 /monotonie	9	2	7,4
Faktor 3 /nespecifický	14	5	18,5
Hrubý skór	29	8	29,6

Graf 11 Nadměrná zátěž - podíl (%) - (Středočeský kraj)



8.1.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz (Středočeský kraj)

- Dílčí cíl č. 2

Porovnat rozdíly psychické pracovní zátěže u všeobecných sester dle jejich odpracovaných let na oddělení dětské onkologie

Hypotéza č. 1

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a odpracovanými léty u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a odpracovanými léty u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie je statisticky významná závislost.

Podle Spearmanova koeficientu pořadové korelace není statisticky významná závislost mezi faktory a délkou praxe na dětské onkologii. H_1 zamítáme a přijímáme H_0 .

Tabulka 4 Spearmanův koeficient - Délka praxe na dětské onkologii (Středočeský kraj)

Spearman's rho	Ot.11	Correlation Coefficient	-,143	-,043	,011	-,063
		Sig. (2-tailed)	,476	,832	,958	,755
		N	27	27	27	27

- **Dílčí cíl č. 3**

Porovnat rozdíly psychické pracovní zátěže u všeobecných sester dle celkově odpracovaných let ve zdravotnictví

Hypotéza č. 2

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou zátěží a celkově odpracovanými léty ve zdravotnictví u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a celkově odpracovanými léty ve zdravotnictví u všeobecných sester na dětské onkologii je statisticky významná závislost.

Podle Spearmanova koeficientu pořadové korelace není statisticky významná závislost mezi faktory a celkovou délkou praxe ve zdravotnictví. H_1 zamítáme a přijímáme H_0 .

Tabulka 5 Spearmanův koeficient - Celková délka praxe (Středočeský kraj)

			F1	F2	F3	HS
Spearman's rho	Ot.12	Correlation Coefficient	-,310	-,189	-,227	-,295
		Sig. (2-tailed)	,116	,344	,254	,136
		N	27	27	27	27

- **Dílčí cíl č. 4**

Prozkoumat závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie

Hypotéza č. 3

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester je statisticky významná závislost.

Podle Spearmanova koeficientu pořadové korelace není statisticky významná závislost mezi faktory a výší pracovního úvazku. H_1 zamítáme a přijímáme H_0 .

Tabulka 6 Spearmanův koeficient - Výše prac. úvazku (Středočeský kraj)

			F1	F2	F3	HS
Spearman's rho	Úvazek	Correlation Coefficient	-,127	,193	-,228	-,113
		Sig. (2-tailed)	,528	,336	,253	,573
		N	27	27	27	27

- **Dílčí cíl č. 5**

Zjistit u respondentů závislost mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním

zvýšených starostí v osobním životě

Hypotéza č. 4

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě respondentů.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě respondentů je statisticky významná závislost.

Podle Spearmanova koeficientu pořadové korelace je statisticky významná závislost mezi faktorem 1, faktorem 3 a hrubým skórem a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě. Čím více psychické zátěže má všeobecná sestra v osobním životě, tím častěji uvádí vyšší hodnocení zátěže v zaměstnání. Síla závislosti je podle korelačního koeficientu 0,661 s faktorem 1. S faktorem 3 je síla závislosti podle korelačního koeficientu 0,627 a s hrubým skórem 0,666. Jedná se o poměrně silné závislosti. Zamítáme H_0 a přijímáme H_1 .

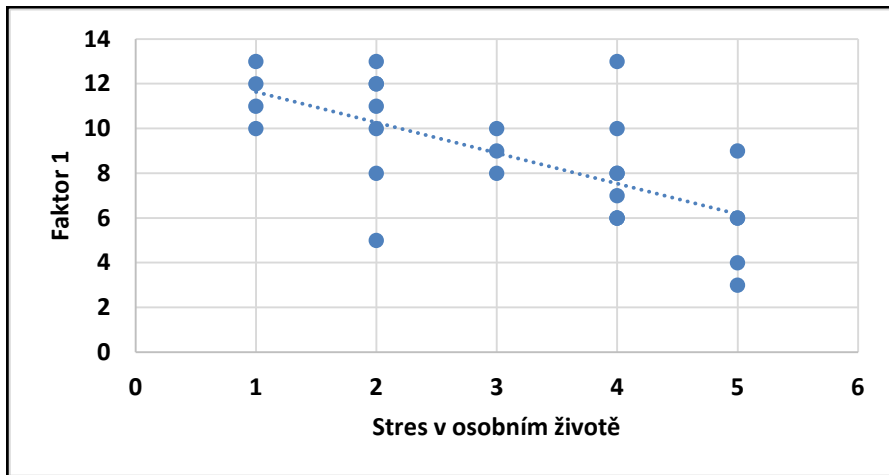
Tabulka 7 Spearmanův koeficient - Zátěž v osobním životě (Středočeský kraj)

			F1	F2	F3	HS
Spearman's rho	Ot.17	Correlation Coefficient	-,661**	-,288	-,627**	-,666**
		Sig. (2-tailed)	,000	,145	,000	,000
		N	27	27	27	27

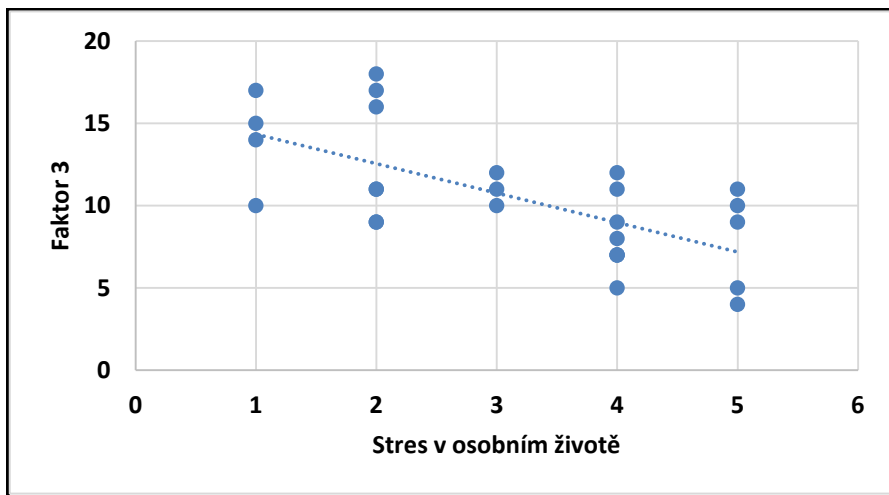
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

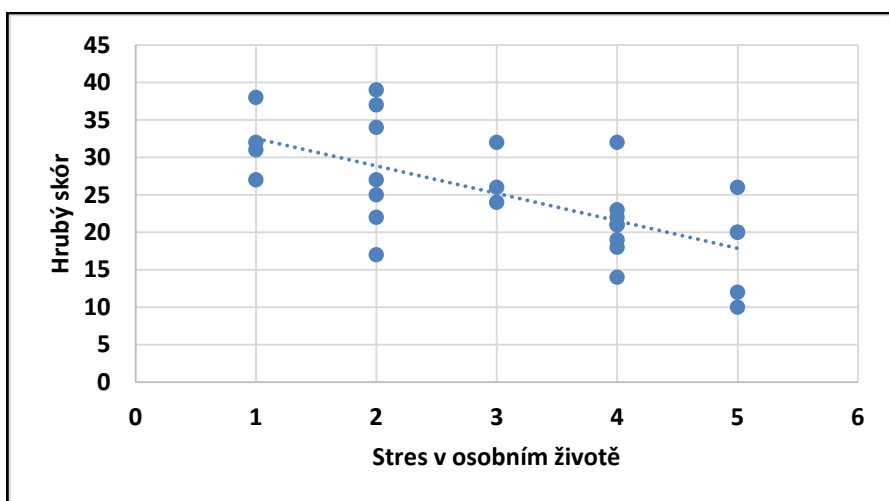
Graf 12 Bodový graf - Zátěž v osobním životě u faktoru 1 (Středočeský kraj)



Graf 13 Bodový graf - Zátěž v osobním životě u faktoru 3 (Středočeský kraj)



Graf 14 Bodový graf - Zátěž v osobním životě u hrubého skóru (Středočeský kraj)



- **Dílčí cíl č. 6**

Zjistit, zda má věk všeobecných sester pracujících na dětské onkologii vliv na psychickou pracovní zátěž

Hypotéza č. 5

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a věkem všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a věkem všeobecných sester na dětské onkologii je statisticky významná závislost.

Podle Spearmanova koeficientu pořadové korelace není statisticky významná závislost mezi faktory a věkem všeobecných sester.

Tabulka 8 Spearmanův koeficient - Věk všeobecných sester (Středočeský kraj)

			F1	F2	F3	HS
Spearman's rho	Věk	Correlation Coefficient	-,219	-,075	-,131	-,159
		Sig. (2-tailed)	,272	,711	,514	,429
		N	27	27	27	27

8.1.2 Vyhodnocení dílčích cílů s faktory Meisterova dotazníku (Středočeský kraj)

- **Dílčí cíl č. 7**

Porovnat rozdíly ve vnímání psychické pracovní zátěže u všeobecných sester na dětské

onkologii, které jsou matkami a u všeobecných sester, které matkami nejsou (Středočeský kraj)

Role matky může mít vliv na psychickou pracovní zátěž u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie. Kromě faktoru 1 vykazují všeobecné sestry ze zkoumaného vzorku, které jsou matkami, častěji nadměrné zatížení, než všeobecné sestry z téhož vzorku, které matkami nejsou.

Tabulka 9 Matky a vliv na vnímání zátěže / absolutní četnost (Středočeský kraj)

Abs.č.	F1 přetížení		F2 monotonie		F3 nespecifický		HS celkem	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
ano	1	7	2	6	2	6	3	5
ne	7	12	0	19	3	16	5	14

Tabulka 10 Matky a vliv na vnímání pracovní zátěže / relativní četnost (Středočeský kraj)

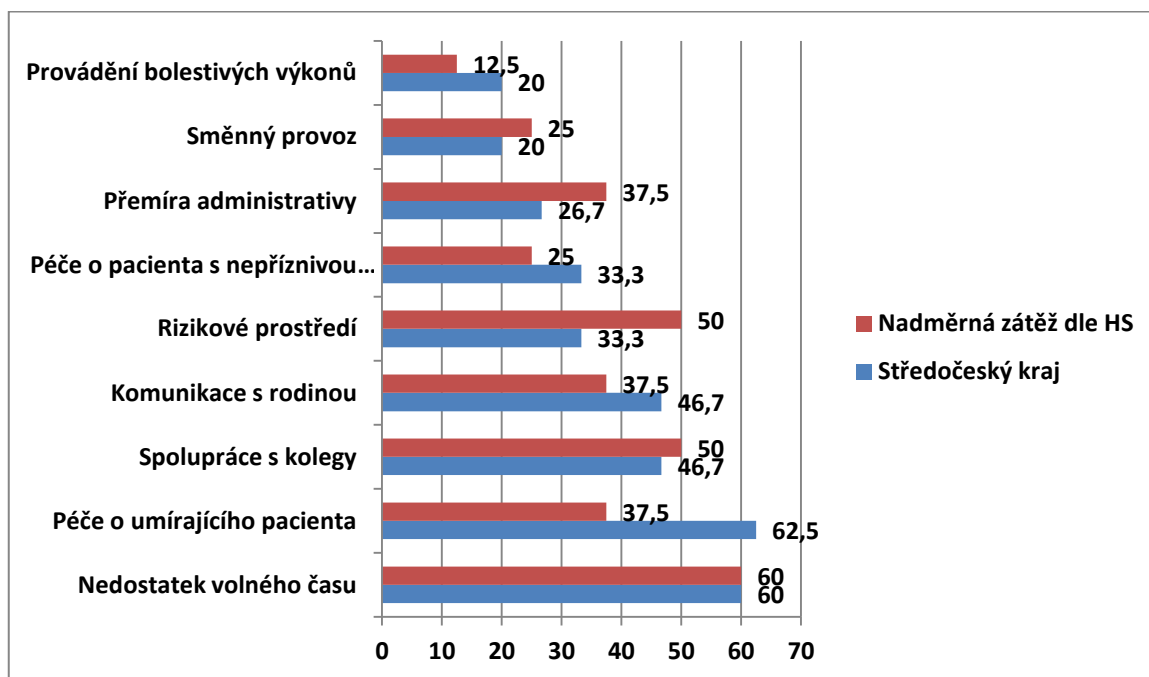
rel.čet.	F1 přetížení		F2 monotonie		F3 nespecifický		HS celkem	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
ano	12,5	87,5	25,0	75,0	25,0	75,0	37,5	62,5
ne	36,8	63,2	0,0	100,0	15,8	84,2	26,3	73,7

- **Dílčí cíl č. 8**

Objasnit zatěžující vlivy u všeobecných sester pracujících na dětské onkologii (Středočeský kraj)

Jedním ze stanovených cílů bylo objasnit zatěžující vlivy všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie. Všeobecné sestry na tomto pracovišti nejčastěji udávají nedostatek volného času a péči o umírajícího dětského pacienta. Naopak nejméně uvádějí směnný provoz a provádění bolestivých úkonů u pacienta. Všeobecné sestry, které podle hrubého skóru trpí nadměrnou zátěží, udávají nejčastěji nedostatek volného času, rizikové prostředí a spolupráci s kolegy. Nikdo ze všeobecných sester neuvedl jako odpověď vysokou zodpovědnost.

Graf 15 Zatěžující vlivy - Středočeský kraj



Tabulka 11 Zatěžující vlivy - Středočeský kraj

Zatěžující vlivy	Středočeský kraj	Nadměrná zátěž dle HS
Péče o pacienta s nepříznivou prognózou	33,3	25,0
Péče o umírajícího pacienta	60,0	37,5
Komunikace s rodinou	46,7	37,5
Provádění bolestivých výkonů	20,0	12,5
Přemíra administrativy	26,7	37,5
Rizikové prostředí	33,3	50,0
Spolupráce s kolegy	46,7	50,0
Směnný provoz	20,0	25,0
Nedostatek volného času	60,0	62,5
Vysoká zodpovědnost	0,0	0,0

*součet nedává 100% z důvodu možnosti více odpovědí

- **Dílčí cíl č. 9**

Porovnat psychickou pracovní zátěž respondentů s populační normou Meisterova dotazníku (Středočeský kraj)

Dalším stanoveným cílem bylo porovnat psychickou pracovní zátěž respondentů s populační normou Meisterova dotazníku. V následující tabulce je uvedena průměrná hodnota \pm směrodatná odchylka. Oproti normě žen v České republice vykazují všeobecné sestry z dětské onkologie ve Středočeském kraji vyšší průměrnou hodnotu u faktoru 1 a naopak nižší průměrnou hodnotu u zbývajících faktorů i hrubého skóru. Vpravo je uvedena P-hodnota signifikace pro testování hypotézy o rovnosti průměrů.

Pomocí jednovýběrového studentova t-testu bylo zjištěno, které průměrné hodnoty u daných faktorů se u všeobecných sester z dětské onkologie ve Středočeském kraji statisticky významně odlišují od populační normy pro ženy v České republice. Statisticky významně se liší průměrná hodnota pouze u faktoru 2, přičemž hodnota vzorku je výrazně nižší v populaci.

Tabulka 12 Porovnání psych. prac. zátěže s populační normou (Středočeský kraj)

	Norma pro ženy Meister (n=867)	Průměr všeob.sester ve Středočeském kr.	P
Faktor 1	8,4 \pm 3,2	8,7 \pm 2,9	0,544
Faktor 2	7,6 \pm 3,0	5,5 \pm 2,7	0,000
Faktor 3	11,7 \pm 4,4	10,6 \pm 3,7	0,124
Hrubý skór	25,0 \pm 8,1	24,8 \pm 7,7	0,882

U testování průměru faktoru 1 je P-hodnota t-testu 0,544, což znamená, že je vyšší, než hladina významnosti 5 %, a proto nezamítáme hypotézu o rovnosti průměrů a daný vzorek tak odpovídá populaci.

Tabulka 13 Jednovýběrový t-test - Faktor 1 (Středočeský kraj)

One-Sample Test						
	Test Value = 8.4					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
F1	,615	26	,544	,3407	-,797	1,479

U testování průměru faktoru 2 je P-hodnota t-testu 0,0. Znamená to, že hodnota je nižší, než hladina významnosti 5 %, a proto zamítáme hypotézu o rovnosti průměrů a daný vzorek tak neodpovídá populaci. Průměrná hodnota vzorku je u faktoru 2 statisticky významně nižší, než je populační norma žen v České republice.

Tabulka 14 Jednovýběrový t-test - Faktor 2 (Středočeský kraj)

One-Sample Test						
	Test Value = 7.6					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
F2	-4,064	26	,000	-2,1185	-3,190	-1,047

U testování průměru faktoru 3 je P-hodnota t-testu 0,124, což je větší, než hladina významnosti 5 %, a proto nezamítáme hypotézu o rovnosti průměrů a daný vzorek tak odpovídá populaci.

Tabulka 15 Jednovýběrový t-test - Faktor 3 (Středočeský kraj)

One-Sample Test						
	Test Value = 11.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
F3	-1,588	26	,124	-1,1444	-2,626	,337

U testování průměru hrubého skóru je P-hodnota t-testu 0,882, což je vyšší, než hladina významnosti 5 %, a proto nezamítáme hypotézu o rovnosti průměrů. Daný vzorek tedy odpovídá populaci.

Tabulka 16 Jednovýběrový t-test – Hrubý skór (Středočeský kraj)

One-Sample Test						
	Test Value = 25.0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Lower					Upper	
HS	-,150	26	,882	-,2222	-3,277	2,833

Porovnání psychické pracovní zátěže podle typu onkologického oddělení (Středočeský kraj)

Typ dětského onkologického oddělení, na kterém všeobecné sestry působí, může hrát také významnou roli při posuzování psychické pracovní zátěže. Podle typu onkologického oddělení vykazují všeobecné sestry výrazně vyšší průměr, než je celkový u faktoru 1 na jednotce intenzivní péče. U faktoru 2 na oddělení větších dětí. U faktoru 3 a hrubého skóru na oddělení menších dětí.

Tabulka 17 Typ onkologického oddělení a faktory zátěže (Středočeský kraj)

Typ onkol. odd.	F1 - průměr	F2 - průměr	F3 - průměr	HS - průměr
Jednotka intenz. péče	10,6	5,0	10,1	25,7
Transplant. jednotka	6,9	5,3	9,3	21,4
Odd. menších dětí	9,4	5,3	12,3	27,0
Odd. větších dětí	8,0	6,5	10,5	25,0
Celkem	8,7	5,5	10,6	24,8

8.2 Jihomoravský kraj

- **Dílčí cíl č. 1**

Zjistit, jaký ze tří faktorů Meisterova dotazníku psychické pracovní zátěže převládá u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie

Stanoveným cílem bylo zjistit, který ze tří faktorů Meisterova dotazníku psychické pracovní zátěže převládá u všeobecných sester pracujících na dětském onkologickém oddělení.

Pro porovnání faktorů bylo nutné faktory nejprve vytvořit a to sečtením hodnot určitých otázek z dotazníku. Jednotlivé otázky lze porovnat vůči standardu žen v České republice, kterým je kritická hodnota mediánu. V následující tabulce (tabulka 18) je vidět, že kritická hodnota byla u respondentů z oddělení dětské onkologie v Jihomoravském kraji překročena v otázce *dlouhodobá únosnost* a dosažení kritické hodnoty bylo v otázkách *časová tíseň* a *vysoká odpovědnost*.

Tabulka 18 Vyhodnocení kritických hodnot mediánu (Jihomoravský kraj)

Jednotlivé otázky - Meisterův dotazník	Kritická hodnota mediánu	Medián pro Jihomoravský kraj
1. Časová tíseň	3	3*
2. Malé uspokojení	2,5	1
3. Vysoká odpovědnost	3	3*
4. Otupující práce	2,5	1
5. Problémy, konflikty	2,5	1
6. Monotonie	2,5	1
7. Nervozita	3	2
8. Přesycení	3	2
9. Únava	3	2
10. Dlouhodobá únosnost	2,5	3**

** překročení kritické hodnoty

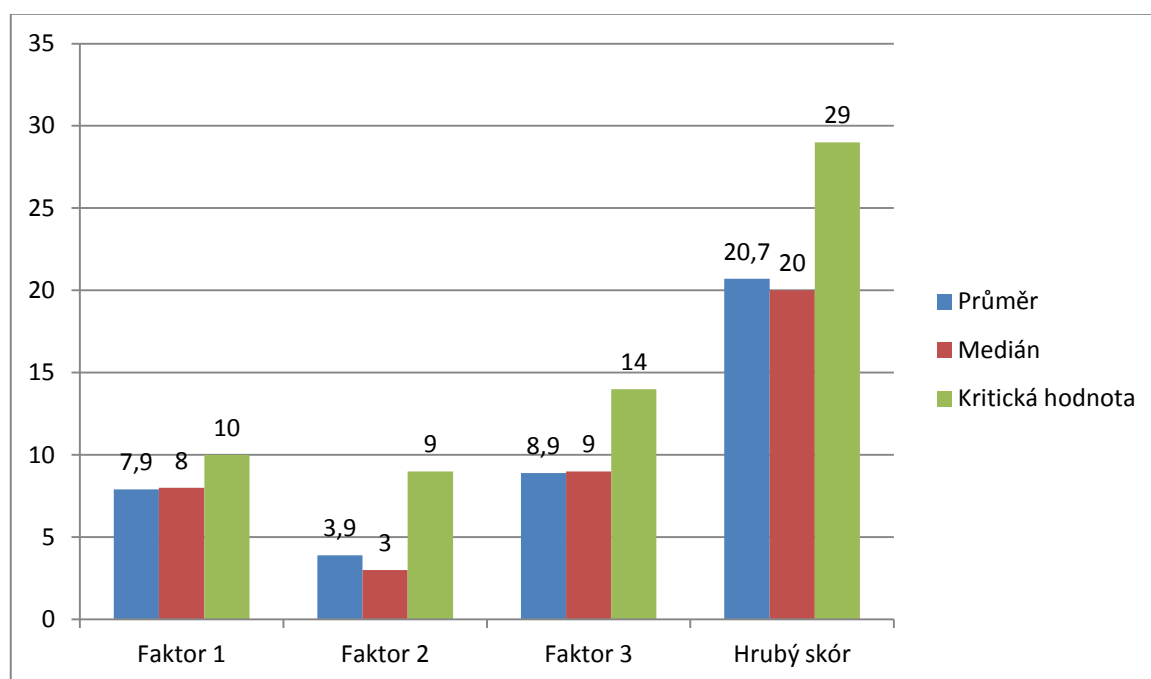
* dosažení kritické hodnoty

Maximální hodnotou pro faktor 1 a faktor 2 je hodnota 15. Pro faktor 3 je maximální hodnota 20. Pro hrubý skór je maximální hodnota 50. V následující tabulce je patrné, že se těmto maximálním hodnotám nejvíce přibližují hodnoty mediánu u faktoru 1 a u faktoru 3.

Tabulka 19 Maximální hodnoty faktorů (Jihomoravský kraj)

	Max. hodnota	Kritická hodnota	Průměr	Průměr/max. (%)	Medián	Min.	Max.
Faktor 1	15	10	7,9	52,9	8	5	12
Faktor 2	15	9	3,9	25,7	3	3	15
Faktor 3	20	14	8,9	44,5	9	4	18
Hrubý skór	50	29	20,7	41,4	20	14	43

Graf 16 Průměr, medián, kritická hodnota (Jihomoravský kraj)

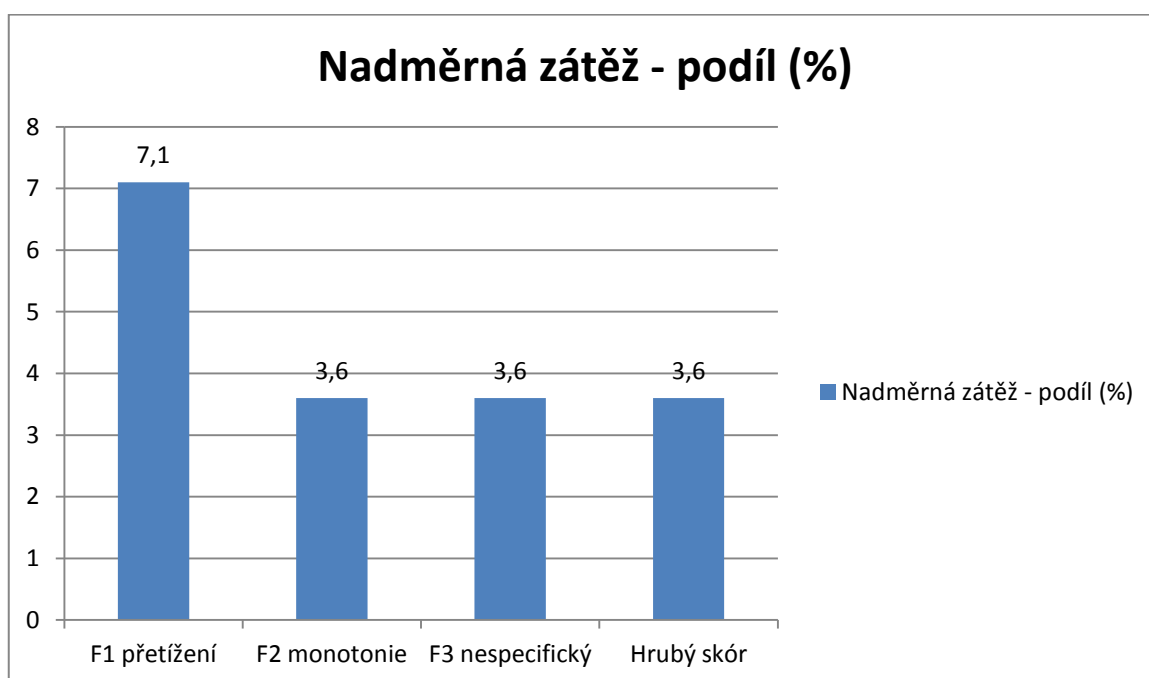


U faktoru 1 překročily kritickou hodnotu dvě všeobecné sestry. U faktoru 2, faktoru 3 a u hrubého skóru překročila kritickou hodnotu jedna všeobecná sestra. Tyto všeobecné sestry trpí nadměrnou zátěží.

Tabulka 20 Nadměrná zátěž (Jihomoravský kraj)

	Kritická hodnota	Nadměrná zátěž - počet (n)	Nadměrná zátěž – podíl (%)
Faktor 1 /přetížení	10	2	7,1
Faktor 2 /monotonie	9	1	3,6
Faktor 3 /nespecifický	14	1	3,6
Hrubý skór	29	1	3,6

Graf 17 Nadměrná zátěž - podíl (%) - (Jihomoravský kraj)



8.2.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz (Jihomoravský kraj)

- Dílčí cíl č. 2

Porovnat rozdíly psychické pracovní zátěže u všeobecných sester dle jejich odpracovaných let na dětské onkologii

Hypotéza č. 1

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a odpracovanými léty u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a odpracovanými léty u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie je statisticky významná závislost.

Spearmanova koeficientu pořadové korelace není statisticky významná závislost mezi faktory a délkou praxe na dětské onkologii. H_1 zamítáme a přijímáme H_0 .

Tabulka 21 Spearmanův koeficient - délka praxe na dětské onkologii (Jihomoravský kraj)

			F1	F2	F3	HS
Spearman's rho	Ot.11	Correlation Coefficient	,198	-,022	-,094	,030
		Sig. (2-tailed)	,313	,912	,634	,879
		N	28	28	28	28

- Dílčí cíl č. 3

Porovnat rozdíly psychické pracovní zátěže u všeobecných sester dle celkově odpracovaných let ve zdravotnictví

Hypotéza č. 2

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a celkově odpracovanými léty ve zdravotnictví u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a celkově odpracovanými léty ve zdravotnictví u všeobecných sester na dětské onkologii je statisticky významná závislost.

Podle Spearmanova koeficientu pořadové korelace není statisticky významná závislost mezi faktory a celkovou délkou praxe ve zdravotnictví. H_1 zamítáme a přijímáme H_0 .

Tabulka 22 Spearmanův koeficient – celková délka praxe (Jihomoravský kraj)

			F1	F2	F3	HS
Spearman's rho	Ot.12	Correlation Coefficient	-,053	,016	-,100	-,033
		Sig. (2-tailed)	,787	,936	,612	,869
		N	28	28	28	28

- **Dílčí cíl č. 4**

Prozkoumat závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie

Hypotéza č. 3

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester je statisticky významná závislost.

Podle Spearmanova koeficientu pořadové korelace je těsně prokázána statisticky významná závislost mezi faktorem 1 a výší pracovního úvazku. Všeobecné sestry, pracující na částečný úvazek udávají nižší hodnocení pracovní zátěže v oblasti monotonie. Síla závislosti je však velice slabá. Zamítáme H_0 a přijímáme H_1 .

Tabulka 23 Spearmanův koeficient – výše pracovního úvazku (Jihomoravský kraj)

			F1	F2	F3	HS
Spearman's rho	Úvazek	Correlation Coefficient	,095	-,374*	-,042	-,056
		Sig. (2-tailed)	,632	,050	,833	,779
		N	28	28	28	28

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

- **Dílčí cíl č. 5**

Zjistit u respondentů závislost mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě

Hypotéza č. 4

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě respondentů.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě respondentů je statisticky významná závislost.

Podle Spearmanova koeficientu pořadové korelace není statisticky významná závislost mezi faktory a hodnocením zvýšené zátěže v osobním životě. H_1 zamítáme a přijímáme H_0 .

Tabulka 24 Spearmanův koeficient – zátěž v osobním životě (Jihomoravský kraj)

			F1	F2	F3	HS
Spearman's rho	Ot.17	Correlation Coefficient	-,029	-,169	-,159	-,132
		Sig. (2-tailed)	,882	,389	,420	,504
		N	28	28	28	28

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

- **Dílčí cíl č. 6**

Zjistit, zda má věk všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie vliv na psychickou pracovní zátěž

Hypotéza č. 5

H_0 = Předpokládáme, že není statisticky významná závislost mezi psychickou pracovní zátěží a věkem všeobecných sester na oddělení dětské onkologie.

H_1 = Předpokládáme, že mezi psychickou pracovní zátěží a věkem všeobecných sester na dětské onkologii je statisticky významná závislost.

Podle Spearmanova koeficientu pořadové korelace není statisticky významná závislost mezi faktory a věkem všeobecných sester. H_1 zamítáme a přijímáme H_0 .

Tabulka 25 Spearmanův koeficient – věk všeobecných sester (Jihomoravský kraj)

			F1	F2	F3	HS
Spearman's rho	Věk	Correlation Coefficient	-,006	-,027	-,138	-,057
		Sig. (2-tailed)	,974	,891	,483	,772
		N	28	28	28	28

8.2.2 Vyhodnocení dílčích cílů s faktory Meisterova dotazníku (Jihomoravský kraj)

- Dílčí cíl č. 7

Porovnat rozdíly ve vnímání psychické pracovní zátěže u všeobecných sester na dětské onkologii, které jsou matkami a u všeobecných sester, které matkami nejsou (Jihomoravský kraj)

Role matky může mít vliv na psychickou pracovní zátěž u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie. Ve všech měřených faktorech vykazují nadměrnou zátěž častěji všeobecné sestry, které jsou matkami, než ty, které matkami nejsou. Celkově jsou však nadměrně zatíženy pouze maximálně dvě sestry ze vzorku.

Tabulka 26 Matky a vliv na vnímání zátěže / absolutní četnost (Jihomoravský kraj)

Abs.č.	F1 přetížení		F2 monotonie		F3 nespecifický		HS celkem	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
ano	2	18	1	19	1	19	1	19
ne	0	8	0	8	0	8	0	8

Tabulka 27 Matky a vliv na vnímání pracovní zátěže / relativní četnost (Jihomoravský kraj)

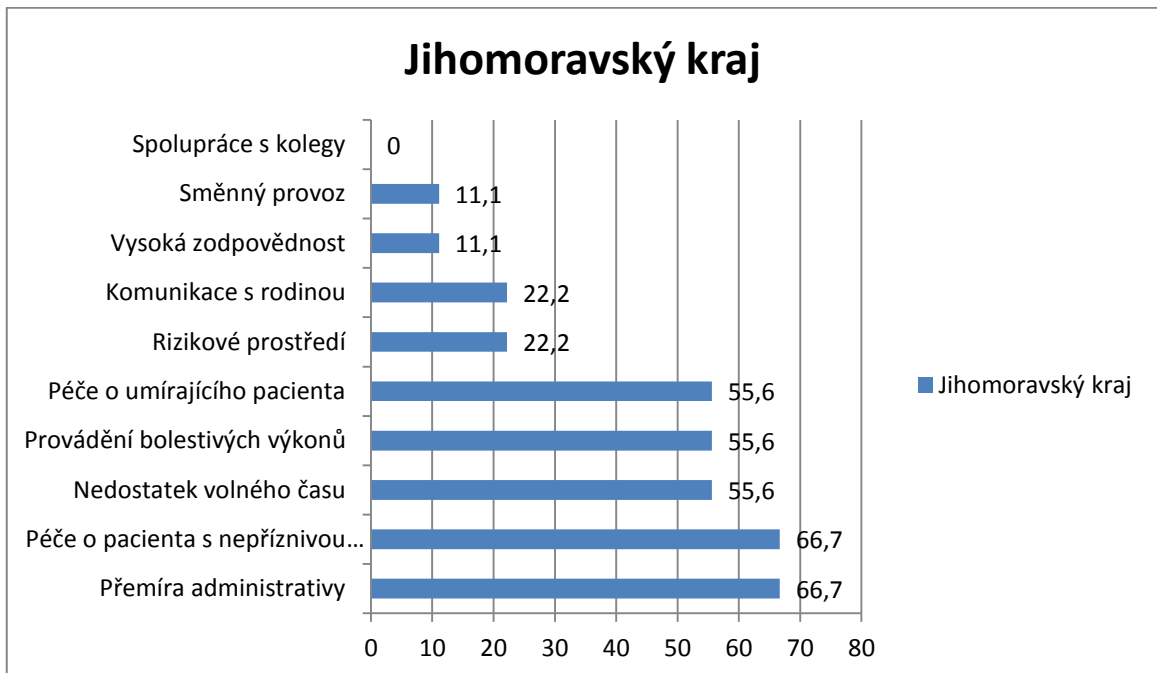
rel.čet.	F1 přetížení		F2 monotonie		F3 nespecifický		HS celkem	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
ano	10,0	90,0	5,0	95,0	5,0	95,0	5,0	95,0
ne	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0

- **Dílčí cíl č. 8**

Objasnit zatěžující vlivy u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie (Jihomoravský kraj)

Všeobecné sestry na tomto pracovišti nejčastěji udávají přemíru administrativy a péči o pacienta s nepříznivou prognózou. Naopak nejméně uvádějí spolupráci s kolegy a směnný provoz.

Graf 18 Zatěžující vlivy - Jihomoravský kraj



Tabulka 28 Zatěžující vlivy - Jihomoravský kraj

Zatěžující vlivy	Jihomoravský kraj
Péče o pacienta s nepříznivou prognózou	66,7
Péče o umírajícího pacienta	55,6
Komunikace s rodinou	22,2
Provádění bolestivých výkonů	55,6
Přemíra administrativy	66,7
Rizikové prostředí	22,2
Spolupráce s kolegy	0,0
Směnný provoz	11,1
Nedostatek volného času	55,6
Vysoká zodpovědnost	11,1

*součet nedává 100% z důvodu možnosti více odpovědí

- **Dílčí cíl č. 9**

Porovnání psychické pracovní zátěže respondentů s populační normou Meisterova dotazníku

(Jihomoravský kraj)

Dalším stanoveným cílem bylo porovnat psychickou pracovní zátěž respondentů s populační normou Meisterova dotazníku. V tabulce č. 29 pod následujícím grafem je uvedena průměrná hodnota \pm směrodatná odchylka. Oproti normě žen v České republice vykazují všeobecné sestry z dětské onkologie Jihomoravského kraje nižší průměrnou hodnotu u všech tří faktorů i u hrubého skóru. Nejvýrazněji je to u faktoru 2 a faktoru 3. Vpravo je uvedena P-hodnota signifikace pro testování hypotézy o rovnosti průměrů.

Tabulka 29 Porovnání psych. prac. zátěže s populační normou (Jihomoravský kraj)

	Norma pro ženy Meister (n=867)	Průměr všeob.sester ve Středočeském kr.	P
Faktor 1	8,4 ± 3,2	7,9 ± 1,6	0,133
Faktor 2	7,6 ± 3,0	3,9 ± 2,3	0,000
Faktor 3	11,7 ± 4,4	8,9 ± 3,2	0,000
Hrubý skór	25,0 ± 8,1	20,7 ± 6,0	0,001

Pomocí jednovýběrového studentova t-testu bylo zjištěno, které průměrné hodnoty u daných faktorů se u všeobecných sester z dětské onkologie Jihomoravského kraje statisticky významně odlišují od populační normy pro ženy v České republice. Statisticky významně se liší průměrná hodnota u faktorů 2 a 3 i hrubého skóru. U všech těchto faktorů je průměrná hodnota vzorku výrazně nižší než v populaci.

U testování průměru faktoru 1 je P-hodnota t-testu 0,133. Tato hodnota je vyšší, než hladina významnosti 5 %, a proto nezamítáme hypotézu o rovnosti průměrů. Daný vzorek odpovídá populaci.

Tabulka 30 Jednovýběrový t-test - Faktor 1 (Jihomoravský kraj)

One-Sample Test						
Test Value = 8.4						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
F1	-1,551	27	,133	-,4714	-1,095	,152

U testování průměru faktoru 2 je P-hodnota t-testu 0,0. Tato hodnota je nižší, než hladina významnosti 5%, a proto zamítáme hypotézu o rovnosti průměrů. Daný vzorek neodpovídá populaci. Průměrná hodnota vzorku je u faktoru 2 statisticky významně nižší, než je norma pro Českou republiku.

Tabulka 31 Jednovýběrový t-test - Faktor 2 (Jihomoravský kraj)

One-Sample Test						
	Test Value = 7.6					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
F2	-8,593	27	,000	-3,7429	-4,637	-2,849

U testování průměru faktoru 3 je P-hodnota t-testu 0,0. Tato hodnota je nižší, než hladina významnosti 5%, a proto zamítáme hypotézu o rovnosti průměrů. Daný vzorek neodpovídá populaci. Průměrná hodnota vzorku je u faktoru 3 statisticky významně nižší, než je norma pro Českou republiku.

Tabulka 32 Jednovýběrový t-test - Faktor 3 (Jihomoravský kraj)

One-Sample Test						
	Test Value = 11.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
F3	-4,640	27	,000	-2,8071	-4,048	-1,566

U testování průměru hrubého skóru je P-hodnota t-testu 0,001. Tato hodnota je nižší, než hladina významnosti 5 %, a proto zamítáme hypotézu o rovnosti průměrů. Daný vzorek neodpovídá populaci. Průměrná hodnota vzorku je u hrubého skóru statisticky významně nižší, než je norma pro Českou republiku.

Tabulka 33 Jednovýběrový t-test – Hrubý skór (Jihomoravský kraj)

One-Sample Test						
	Test Value = 25.0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
HS	-3,831	27	,001	-4,3214	-6,636	-2,007

Porovnání psychické pracovní zátěže podle typu onkologického oddělení (Jihomoravský kraj)

Typ dětského onkologického oddělení, na kterém všeobecné sestry působí, může hrát také významnou roli při posuzování psychické pracovní zátěže. Podle typu onkologického oddělení vykazují všeobecné sestry výrazně vyšší průměr, než je celkový u faktoru 1 na transplantační jednotce. U faktoru 2 na jednotce intenzivní péče. U faktoru 3 a hrubého skóru na transplantační jednotce.

Tabulka 34 Typ onkologického oddělení a faktory zátěže (Jihomoravský kraj)

Typ onkol. odd.	F1 - průměr	F2 - průměr	F3 - průměr	HS - průměr
Jednotka intenz. péče	7,7	4,5	8,4	20,6
Transplant. jednotka	8,9	3,5	10,4	22,8
Lůžkové odd.	7,0	3,5	7,6	18,1
Celkem	7,9	3,9	8,9	20,7

9 DISKUZE

Cílem práce bylo specifikovat nejzásadnější aspekty psychické pracovní zátěže všeobecných sester, které pracují na oddělení dětské onkologie. Při zpracování této práce bylo vycházeno z rešeršních zdrojů, poskytnutých Národní lékařskou knihovnou. Některé citační zdroje jsou starší deseti let, avšak tato literatura je převážně z oblasti psychologie a v daných tématech se nepodařilo nalézt novější zdroj, který by více vyhovoval popisované problematice.

Hypotézy byly stanovené s cílem zjistit, zda existuje rozdíl ve vnímání psychické pracovní zátěže u všeobecných sester v závislosti na délce praxe na dětské onkologii i celkové délce praxe ve zdravotnictví, na výši pracovního úvazku, věku, roli matky a subjektivním vnímáním starostí v osobním životě. Mezi zkoumanými vzorky všeobecných sester z pracovišť ve Středočeském a Jihomoravském kraji byly zjištěny určité rozdíly, a to jak v rámci dotazníku vlastní tvorby, tak i v rámci standardizovaného Meisterova dotazníku.

9.1 Doplnující otázky

Délka praxe

To, že všeobecné sestry pracující na dětské onkologii v Jihomoravském kraji uvádějí významně delší praxi na oddělení dětské onkologie i celkovou délku praxe ve zdravotnictví oproti všeobecným sestřím ve Středočeském kraji, může být dáno i vyšším věkovým průměrem na pracovišti Jihomoravského kraje.

Rozdíly ve vnímání psychické pracovní zátěže u všeobecných sester na dětské onkologii, které jsou matkami a u všeobecných sester, které matkami nejsou

V Jihomoravském kraji je polovina všeobecných sester vdaných a většina z nich má i děti na rozdíl od respondentek Středočeského kraje, které uvedly spíše opačné výsledky. U obou zkoumaných skupin byla zaznamenána vyšší psychická zátěž u všeobecných sester, které jsou matkami. Rodrigues a Higarashi (2014), kteří se ve své průzkumné studii zabývali životem sester jako matek, uvádějí, že sestry často zmiňovaly pocity úzkosti. Tato úzkost byla spojována v souvislosti s rizikem ohrožení vlastní rodiny a hlavně svých dětí na základě jejich přímého kontaktu s nemocným a často i infekčním pacientem. Sestry také v této studii uváděly, že kvalita stráveného času se svými dětmi je pro ně mnohem důležitější, než délka stráveného času. Rodrigues také píše, že se děti stávají „oběťmi“ pracovní zátěže své matky a to jak z hlediska fyzických, tak i psychoaktivních potřeb.

Závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie

Již velké procento zaměstnavatelů chápe vztah mezi zdravím, psychickou pohodou a pracovní produktivitou. Na tomto základě se zdokonalují strategie řízení s programy, které podporují pracovní a rodinné životní potřeby ve formě pružné pracovní doby, možnosti zkráceného pracovního úvazku, osobní dovolené, wellness programů, atp. (Gaston, 2000)

Zdravotnictví nabízí všeobecným sestřám možnost práce na různě vysoký pracovní úvazek. Přesto bylo zajímavé zjištění ve výši pracovního úvazku, kdy v Jihomoravském kraji uvedla více než třetina respondentek práci na částečný pracovní úvazek. Ve Středočeském kraji uvedla částečný pracovní úvazek pouze jedna respondentka. I přes tyto relativně rozdílné údaje se však výsledky týkající se subjektivního vnímání stresové zátěže v osobním životě a vyrovnání se se stresem mezi oběma zkoumanými skupinami neliší.

Subjektivní vnímání všeobecných sester na dětské onkologii adaptace se stresem (otázka č. 16)

Výsledky týkající se vyrovnání se se stresem byly u obou zkoumaných skupin téměř shodné. Respondentky uváděly, že se se stresem vyrovnávají dobře nebo spíše dobře v poloviční nebo nadpoloviční většině. Strategie zvládnání stresu a zvýšené zátěže nebyly součástí tohoto průzkumu. V brazilské studii z roku 2016 prováděnou Luz et al., se však píše, že onkologické sestry, jako obranný mechanismus v rámci zvládnání psychické zátěže využívají popření a rezignaci při péči o pacienty. Luz také uvádí, že zvyšování odborné kvalifikace a vzdělávání napomáhá ve schopnostech pracovat se stresem a zvýšenou zátěží. Podobné výsledky dokládá i Poulsen et al. (2014), který rovněž uvádí jako strategii zvládnání zvýšené zátěže při práci ignorování stresu s pokračováním v práci a probrání obtížných situací s kolegy nebo s přáteli. Gomez et al. (2013) v podobném výzkumu uvádí, že sestry volí jako strategii zvládnání zvýšené zátěže plánování práce, přijetí, sebezpozorování a pozitivní přeměnu. Velmi často se snaží odvrátit pozornost od nepříjemných a tíživých situací a snaží se i zamýšlet nad obtížnými a stresovými situacemi.

9.2 Meisterův dotazník

- **Dílčí cíl č. 1**

Zjistit, jaký ze tří faktorů Meisterova dotazníku psychické pracovní zátěže převládá u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie

Při hodnocení nadměrné zátěže bylo zjištěno, že zkoumané skupiny v našem souboru překročily kritickou hodnotu u faktoru 1 (přetížení), kam spadá časová tíseň, vysoká odpovědnost, problémy a konflikty. Kritických hodnot zde bylo dosaženo nebo překročeno konkrétně v časové tísní a vysoké odpovědnosti. U faktoru 3 (nespecifický faktor), kam spadá nervozita, přesycení, únava a dlouhodobá únosnost, bylo kritických hodnot dosaženo nebo překročeno v dlouhodobé únosnosti, únavě a přesycení. Podobné výsledky dokládá i Zálešáková, Bužgová (2011) ve studii Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. Také Obročníková et al. (2015), která se zabývá psychickou zátěží všeobecných sester z různých pracovišť. Výsledky této studie udávají dosažení kritických hodnot ve faktoru 2 a to konkrétně v malém uspokojení a ve faktoru 3 v dlouhodobé únosnosti. Sováriová et al. (2013) ve své studii, zabývající se stresem u sester v paliativní péči, uvádí zvýšené emocionální reakce na stres, jako je nepokoj, podrážděnost a úzkost, ale také uvádí zvýšenou pracovní zátěž v souvislosti s časovou tísní a nedostatkem zdravotnického personálu. Na základě všech těchto výsledků je vidět, že nadměrná pracovní zátěž je u všeobecných sester patrná napříč různými obory a není problémem pouze ošetrovatelské péče v pediatrické onkologii.

- **Dílčí cíl č. 2 a č. 3**

Porovnat rozdíly psychické pracovní zátěže u všeobecných sester dle jejich odpracovaných let na dětské onkologii a celkově odpracovaných let ve zdravotnictví

Hypotéza, že délka praxe může ovlivnit míru psychické pracovní zátěže u všeobecných sester na dětském onkologickém oddělení, potvrzena nebyla u žádné skupiny ze zkoumaného vzorku. Rozdílné výsledky však popisují Zálešáková, Bužgová (2011). Ty ve svém výzkumu uvádějí, že vyšší míru psychické pracovní zátěže pocítují všeobecné sestry pracující na onkologickém oddělení v délce 5-10 let a současně také udávají vyšší míru monotonie při práci. Z výsledků výzkumu Obročníkové et al. (2015) se potvrzuje vnímání zvýšené monotónnosti v pracovním procesu v souvislosti s délkou praxe ve zdravotnictví. Čím delší je praxe u všeobecných sester, tím vyšší je vnímání monotónnosti. Avšak nezaznamenala

statisticky významný vztah mezi délkou praxe a zvýšenou psychickou pracovní zátěží. Pavelková, Bužgová (2015), které zkoumaly míru syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků v hospicové péči, nezjistily statisticky významnou souvislost mezi délkou praxe a syndromem vyhoření. I přes nízkou míru syndromu vyhoření však respondenti udávají zvýšenou míru psychické zátěže. Dimunová (2008), která mj. zkoumala vztah syndromu vyhoření a délky praxe na pracovišti u všeobecných sester na Slovensku zjistila, že všeobecné sestry, které mají dobrou sociální oporu, jsou před syndromem vyhoření chráněny nezávisle na délce jejich praxe. Oproti tomu však všeobecné sestry, které mají pouze slabou sociální oporu, mohou vyhořet i po velmi krátké době praxe ve zdravotnictví.

- **Dílčí cíl č. 4**

Prozkoumat závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u všeobecných sester na oddělení dětské onkologie

Hypotéza, která předpokládá závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku u respondentů z onkologického oddělení ve Středočeském kraji potvrzena nebyla. Avšak u respondentů z Jihomoravského kraje se prokázala statisticky významná závislost mezi faktorem 1 a výší pracovního úvazku. Zde všeobecné sestry pracující na částečný úvazek udávají nižší hodnocení pracovní zátěže v oblasti monotonie. Jde však o velmi slabou závislost. Na dětské onkologii Jihomoravského kraje je na částečný úvazek zaměstnána více než třetina respondentek. Oproti tomu ve Středočeském kraji má částečný úvazek pouze jedna respondentka, což celkově může zkreslovat konečný výsledek korelace u zkoumané skupiny Středočeského kraje.

Vztah mezi psychickou pracovní zátěží a výší pracovního úvazku mj. zkoumal pomocí Meisterova dotazníku a statistického měření ANOVA v rámci své diplomové práce i Jiří Němec. Ten na vzorku 199 plavčků dospěl k výsledku, že výše pracovního úvazku nemá statisticky významný vliv na míru psychické pracovní zátěže (Němec, 2012).

- **Dílčí cíl č. 5**

Zjistit u respondentů závislost mezi psychickou pracovní zátěží a subjektivním vnímáním zvýšených starostí v osobním životě

Hypotéza, která předpokládala závislost mezi vnímáním zvýšených starostí v osobním životě a mírou pracovní psychické zátěže se potvrdila pouze u zkoumané skupiny Středočeského kraje. Čím více prožívá všeobecná sestra psychickou zátěž v osobním životě, tím častěji uvádí vyšší hodnocení zátěže v zaměstnání. Síla závislosti byla zaznamenána u faktoru 1 (přetížení), faktoru 3 (nespecifického) a hrubého skóru. S tímto výsledkem koresponduje i brazilský výzkum Mininel et al. (2011), kteří dokládají, že ženy pracující ve zdravotnictví, pociťují zvýšenou psychickou zátěž často i v souvislosti se starostmi s péčí o rodinu a současně i na základě zastávání více životních rolí. Respondentky uváděly mj. i výčitky týkající se nedostatečné péče o vlastní rodinu, oproti času tráveného v zaměstnání. Tento výzkum zmiňují i Gomez et al. (2013), kteří zkoumali psychosociální rizika v práci u onkologických sester. Důvodem, proč zkoumaná skupina Jihomoravského kraje měla negativní výsledky v tomto vztahu, může být i to, že většina respondentek je zaměstnána na zkrácený pracovní úvazek.

- **Dílčí cíl 6**

Zjistit, zda má věk všeobecných sester pracujících na dětské onkologii vliv na psychickou pracovní zátěž

Závislost mezi psychickou pracovní zátěží a věkem všeobecných sester nebyla prokázána ani u jedné ze zkoumaných skupin respondentů. Tyto výsledky se shodují s výsledky Dimunové (2008), která zkoumala ve své práci mj. vztah mezi věkem a syndromem vyhoření u všeobecných sester na Slovensku. Také v jejím výzkumu nebyl potvrzen signifikantní vztah mezi věkem a psychickou pracovní zátěží.

- **Dílčí cíl č. 8**

Objasnit zatěžující vlivy u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie

Jedním z cílů tohoto průzkumu, bylo objasnit zatěžující vlivy všeobecných sester na dětské onkologii. Respondenti obou zkoumaných skupin nejčastěji uváděli péči o umírajícího pacienta a nedostatek volného času. Shodné výsledky uvádí ve svých výzkumech také

Ko Woonhwa (2016), Naholi (2015) a Rodrigues a Chaves (2008). Péče o umírajícího pacienta patří mezi vysoce zatěžující faktory všeobecných sester. Obě zkoumané skupiny všeobecných sester uvedly jako zatěžující faktor i nedostatek volného času. Obročníková et al. (2015) se ve svém výzkumu zamýšlí nad nedostatkem sester na pracovištích a z toho plynoucí zvýšené zátěži. Je velmi pravděpodobné, že všeobecné sestry zmiňují nedostatek volného času jako zatěžující faktor právě z důvodu personálního nedostatku, který je v současné době palčivým problémem. Spolupráce s kolegy je jako zatěžující vliv zmiňován častěji pouze u skupiny všeobecných sester ze Středočeského kraje. Za Jihomoravský kraj tuto odpověď nezvolila žádná z respondentek. Ko Woonhwa (2016) zmiňuje, že problémy se spolupracovníky významně přispívají ke zvýšenému pracovnímu stresu u onkologických sester. Podobně jako Escot et al. (2001) a Isikhan et al. (2004), kteří problémy se spolupracovníky porovnávali se zvýšeným emocionálním vyčerpáním. Skupina všeobecných sester z Jihomoravského kraje zmiňovala nejčastěji i přemíru administrativy jako zatěžující vliv. Ve Středočeském kraji tento vliv byl však zmiňován minimálně. Přemíru administrativy jako jeden z hlavních stresových faktorů zmiňuje také Zálešáková, Bužgová (2011) a také Pavelková, Bužgová (2015). V současné době se v některých nemocnicích již snižuje množství administrativy, což může být i důvodem rozdílného výsledku mezi oběma zkoumanými skupinami. S přemírou administrativy, kterou všeobecné sestry v rámci svého zaměstnání vnímají jako významný zatěžující vliv, může mít souvislost i výsledek získaný pomocí Meisterova dotazníku, kdy u dílčího cíle č. 1 v kapitole 9.2 Meisterův dotazník bylo u respondentů dosaženo kritických hodnot právě v oblasti časové tísně. Lze tedy logicky uvažovat, zda právě přemíra administrativy nemůže mít vliv u všeobecných sester na vnímání časové tísně a z toho vznikající psychickou zátěž při výkonu své práce.

Vnímání psychické pracovní zátěže ve vztahu k typu onkologického oddělení

Předpoklad, že by se zvýšená psychická zátěž více vztahovala k určitému typu onkologického oddělení, se nepotvrdil. Na zkoumaném pracovišti Jihomoravského kraje vykazují všeobecné sestry výrazně vyšší průměr, než je celkový u faktoru přetížení (faktor 1) na jednotce intenzivní péče. Oproti tomu na pracovišti Středočeského kraje udávají všeobecné sestry z jednotky intenzivní péče výrazně vyšší průměr, než je celkový, v oblasti monotonie (faktor 2). Avšak je patrné, že všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče prožívají

zvýšenou psychickou zátěž v různých faktorech přetížení. Ostatní výsledky jsou neporovnatelné z důvodu rozlišného strukturového rozložení jednotlivých pracovišť.

9.3 Limitace průzkumu

Vzhledem k tématu diplomové práce, které se zabývá psychickou pracovní zátěží všeobecných sester pracujících na dětském onkologickém oddělení, byla vybrána pouze pracoviště lůžkových oddělení s výhradně onkologickými dětskými pacienty. Do průzkumu nebyly záměrně zařazeny všeobecné sestry z pediatrických klinik, kde jsou kromě onkologických pacientů hospitalizováni i pacienti s jinými diagnózami, neboť by tato skutečnost mohla zkreslovat výsledky průzkumu.

Dalším limitem průzkumu bylo zařazení pouze všeobecných sester.

Z těchto důvodů je soubor respondentů poměrně malý, a proto nemohou být výsledky platné pro celou skupinu všeobecných sester pracujících na odděleních dětské onkologie v rámci ČR.

Původní plán průzkumu měl zahrnovat i genderové rozdílnosti ve vnímání psychické zátěže ve stanovených hypotézách. Bohužel mezi respondenty se vyskytl pouze jeden muž, který navíc ani nesplňoval kritérium zařazení do průzkumu, a to délku praxe na dětské onkologii v minimální délce jednoho roku.

9.4 Možnosti dalšího výzkumu

Velice zajímavé by bylo porovnat vnímání psychické pracovní zátěže všeobecných sester onkologických pracovišť, které absolvují pravidelné supervizní sezení v rámci svého pracoviště se všeobecnými sestrami, které tuto supervizní či jinou podporu na pracovišti nemají.

Současně by bylo zajímavé porovnat psychickou pracovní zátěž u všeobecných sester, které pracují na onkologických odděleních pro dospělé pacienty se všeobecnými sestrami z dětských onkologií. České výzkumy se zabývaly dosud spíše problematikou psychické pracovní zátěže všeobecných sester z onkologických oddělení pro dospělé (např. Zálešáková, Bužgová, 2011 a Pavelková, Bužgová, 2015, atd.). Stejnou problematikou, ale v rámci pediatrické onkologie se zabývají spíše zahraniční výzkumy. Porovnáním syndromu vyhoření u všeobecných sester z dětské onkologie a všeobecných sester z onkologie pro dospělé se zabýval Davis et al. (2013). Ve svém výzkumu uvádí, že emocionální vyčerpání

se u všeobecných sester zvyšuje se stoupajícím věkem. Poukazuje také na zajímavý výsledek, kdy vyšší emocionální zátěž vykazují všeobecné sestry z ambulantního sektoru. Sám autor však uvádí, že pro porovnání výsledků mezi všeobecnými sestrami z dětských onkologických oddělení a onkologických oddělení pro dospělé má u respondentů pediatrické onkologie výrazně menší vzorek. Toto jen potvrzuje složitost provedení takového výzkumu. Pediatrická onkologická pracoviště jsou pro svou specifickou v poměrně malém počtu ve srovnání s onkologickými pracovišti pro dospělé pacienty.

9.5 Doporučení pro praxi

Vzhledem k výsledkům tohoto průzkumu i k výsledkům četných českých i zahraničních výzkumů je patrné, že psychická pracovní zátěž u všeobecných sester na dětských onkologických odděleních je poměrně významná, a to ve všech zkoumaných faktorech Meisterova dotazníku. Z tohoto důvodu by bylo velice vhodné se všeobecnými sestrami na těchto pracovištích odborně pracovat, podporovat a posilovat v rámci supervizní péče. Důležitá je také podpora zdravotnického managementu, aby byla všeobecným sestram dopřána dostatečná doba na odpočinek a na jejich koníčky či záliby pro zajištění potřebné duševní hygieny.

Dodatečně byla vrchním sestram obou zkoumaných pracovišť položena otázka, zda jsou všeobecným sestram poskytována nějaká pravidelná podporující sezení ve smyslu supervize, či jiné psychologické podpory pro zaměstnance. A jestli je o takovýto typ podpory u zaměstnanců z řad všeobecných sester zájem.

Zkoumané pracoviště dětské onkologie ve Středočeském kraji možnosti supervizí téměř nevyužívá. Všeobecné sestry se v případě problémů obrací přímo na psychologa z pracoviště dětské onkologie. Obvykle se však dle vrchní sestry tohoto pracoviště jedná o problémy osobního charakteru, nikoliv pracovního. Ani zkoumané pracoviště dětské onkologie v Jihomoravském kraji možnosti supervizní podpory nevyužívá a to hlavně z důvodu nezájmu všeobecných sester. Supervizní podpora je zde využívána pouze absolventkami, které na pracoviště dětské onkologie nastoupily.

10 ZÁVĚR

Povolání všeobecné sestry je krásné, rozmanité, ale také velmi psychicky náročné. V současné době je psychická zátěž při práci u všeobecných sester aktuálním tématem. Dlouhodobý a neustále se zvyšující nedostatek všeobecných sester v celé České republice společně s psychickou pracovní zátěží v různých oborech zdravotnictví, s sebou nese vysoké riziko psychického i fyzického přetížení nelékařských pracovníků. Dlouhodobé působení zvýšené psychické pracovní zátěže na jedince může po nějaké době podpořit vznik syndromu vyhoření (Jíchová, 2017).

Diplomová práce se zabývá tématem psychické pracovní zátěže všeobecných sester na dětském onkologickém oddělení. Teoretická část diplomové práce je zaměřena na vysvětlení pojmu psychické zátěže a psychické pracovní zátěže a na faktory, které tuto zátěž mohou ovlivňovat. Dále se zabývá vztahem sesterské profese k psychické pracovní zátěži a na techniky zvládání psychické pracovní zátěže. Teoretickou část uzavírá kapitola, která se věnuje specifické dětské onkologické péči. V empirické části diplomové práce byl proveden průzkum týkající se problematiky psychické pracovní zátěže u všeobecných sester, pracujících na dětském onkologickém oddělení, jejíž výsledky jsou uvedeny v kapitole 7 Analýza nasbíraných dat. Průzkum byl prováděn na dvou pracovištích dětské onkologie, a to ve Středočeském a Jihomoravském kraji. Počet respondentů byl u obou pracovišť téměř shodný. Technikou sběru dat bylo dotazníkové šetření kombinací standardizovaného Meisterova dotazníku a dotazníku vlastní tvorby. Metodika průzkumu je popsána v kapitole 6 Metodika průzkumu.

Při hodnocení psychické pracovní zátěže dle Meisterova dotazníku bylo zjištěno, že všeobecné sestry trpí zvýšenou psychickou pracovní zátěží především v oblasti časové tísně, vysoké odpovědnosti, dlouhodobé únosnosti, únavy a přesycení. U žádné z obou zkoumaných skupin respondentů se nepotvrdila hypotéza, že by měla délka praxe vliv na psychickou pracovní zátěž všeobecných sester. Hypotéza, týkající se vztahu psychické pracovní zátěže a výše pracovního úvazku se potvrdila pouze u respondentek z dětské onkologie Jihomoravského kraje, avšak tento výsledek může být dán i tím, že na tomto pracovišti pracuje na zkrácený pracovní úvazek významně více všeobecných sester než ve Středočeském kraji. Hypotéza týkající se vztahu starostí v osobním životě a psychické pracovní zátěže se potvrdila pouze u zkoumané skupiny Středočeského kraje. Zde respondentky uváděly se vzrůstající zátěží v osobním životě vyšší míru psychické zátěže

v zaměstnání, týkající se časové tísně, vysoké odpovědnosti, problémů a konfliktů, nervozity, přesyčení, únavy a dlouhodobé únosnosti. V oblasti identifikace zatěžujících vlivů respondenti obou zkoumaných pracovišť nejčastěji uváděli péči o umírajícího pacienta a nedostatek volného času.

Výsledky tohoto průzkumu se z velké části shodují s výsledky obdobných výzkumů prováděných v České republice i ve světě. Problematice psychické pracovní zátěže u všeobecných sester se v České republice hodně věnují Mgr. Jana Zálešáková, PhDr. Radka Bužgová, Ph.D. a Mgr. Helena Pavelková.

Na základě těchto výsledků by bylo vhodné mapovat psychickou pracovní zátěž všeobecných sester na jednotlivých pracovištích, a nastavit takovou podporu, aby se eliminovala nebo alespoň nezvyšovala psychická pracovní zátěž všeobecných sester. Každé pracoviště je specifické, jak charakterem své práce, tak i pracovním kolektivem a celkovým fungováním. Je nutné pečovat o všeobecné sestry a jejich pracovní psychickou pohodu, jelikož jen psychicky vyrovnaná všeobecná sestra může odvádět kvalitní profesionální péči o pacienty a být jim silnou oporou.

11 POUŽITÁ LITERATURA

1. ALACACIOGLU, Ahmet, Tugba YAVUZSEN, Meliha DIRIOZ, Ilhan OZTOP a Ugur YILMAZ. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology* [online]. 2009, **18**(5), 543-548 [cit. 2018-12-19]. DOI: 10.1002/pon.1432. ISSN 10579249. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.1432>
2. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BAJČIOVÁ, Viera, Vratislav Šmelhaus a kolektiv. MEDICAL TRIBUNE CZ > Dětská onkologie se musí opírat o spolehlivá data. 2011. *302 Found* [online]. Copyright © 2000 [cit. 19.12.2018]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/21437-detska-onkologie-se-musi-opirat-o-spolehliva-data>
4. BARTUŇKOVÁ, Markéta, Jiří Jarkovský, Ladislav Dušek. Personální kapacity v českém zdravotnictví v r. 2017. ÚZIS ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Copyright © ÚZIS ČR 2017 [cit. 21.12.2018]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/personalni-kapacity-v-ceskem-zdravotnictvi-v-r-2017>
5. BEARDSMORE, Sharon a Nicki FITZMAURICE. Palliative care in paediatric oncology. *European Journal of Cancer* [online]. Pergamon, 2002, 2002, **38**(1), 1900-7 [cit. 2018-12-21]. ISSN 0959-8049. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/S0959804902002162/first-page-pdf>
6. BLAŽKOVÁ, Vlasta. Psychická pracovní zátěž, SZÚ. 2008. *SZÚ* [online]. Copyright © 2007 [cit. 21.12.2018]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>
7. BOŽPinfo.cz. *Psychická zátěž, její příčiny a projevy v pracovním prostředí*. Časopis JOSRA [online]. Copyright © 2002 [cit. 23.01.2019]. Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/psychicka-zatez-jeji-priciny-projevy-v-pracovnim-prostredi>
8. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3557-3.

9. CETLOVÁ, Alice, Martina PETLACHOVÁ. Dětská onkologie z pohledu ošetřující sestry. *301 Moved Permanently* [online]. Psychoonkologické sympórium, Brno, 2010. Copyright © 2018 Roche Czech Republic [cit. 12.12.2018]. Dostupné z: https://www.mojemedicina.cz/cs_cz/akce-vzdelavani/psychologie-a-komunikace/detska-onkologie-z-pohledu-osestrujici-sestry.html
10. CIMBÁLNÍKOVÁ, Eva a Iva BRABCOVÁ. Úloha sestry v ošetrovatelské péči o dítě během chemoterapie: Pro sestry. *Onkologie* [online]. 2018, 2018, **12**(1), 42-46 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2018/01/10.pdf>
11. ČAS. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. Česká asociace sester. *Úvodní stránka* [online]. Copyright © Česká asociace sester 2017 [cit. 21.12.2018]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
12. ČAS. O nás. Česká asociace sester. *Úvodní stránka* [online]. Copyright © Česká asociace sester 2017 [cit. 21.12.2018]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/o-spolecnosti/>
13. ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. Supervize. *Stránky pro supervizory a supervidované* [online]. Copyright © Český institut pro supervizi 2010 [cit. 15.03.2019]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/o-techto-strankach/>
14. DAVIS, Shoni, Bonnie K. LIND a Celeste SORENSEN. A Comparison of Burnout Among Oncology Nurses Working in Adult and Pediatric Inpatient and Outpatient Settings. *Oncology Nursing Forum* [online]. 2013, **40**(4), E303-E311 [cit. 2019-03-30]. DOI: 10.1188/13.ONF.E303-E311. ISSN 0190-535X. Dostupné z: <http://onf.ons.org/onf/40/4/comparison-burnout-among-oncology-nurses-working-adult-and-pediatric-inpatient-and>
15. DIMUNOVÁ, Lucia. AFFECT OF SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS TO INCIDENCY OF BURNOUT SYNDROME OF NURSES STAFF IN SLOVAKIA. *Profese online* [online]. 2008, **1**(2), 56-65 [cit. 2019-04-18]. DOI: 10.5507/pol.2008.006. ISSN 18034330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/doi/10.5507/pol.2008.006.html>

16. ESCOT, C., S. ARTERO, C. GANDUBERT, J. P. BOULENGER a K. RITCHIE. Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health* [online]. 2001, **17**(5), 273-279 [cit. 2019-03-21]. DOI: 10.1002/smi.907. ISSN 1532-3005. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/smi.907>

17. FIGUEIREDO-FERRAZ, H., GRAU-ALBEROLA, E., GIL-MONTE, P. R., GARCÍA-JUESAS, J. A. 2012. Burnout and job satisfaction among nursing professional. *Psicothema*. 2012, vol. 24, no. 2, pp. 271–276. ISSN 0214-9915.

18. FORSTER, Elizabeth a Alaa HAFIZ. Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 2015, **21**(6), 294-301 [cit. 2018-12-19]. DOI: 10.12968/ijpn.2015.21.6.294. ISSN 1357-6321. Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2015.21.6.294>

19. GASTON, Harnois a Gabriel PHYLLIS. Mental health and work: impact, issues and good practices. *Nations for mental health* [online]. 2000, 77s. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/who-mental-health-and-work-impact-issues-and-good-practice.pdf>

20. GOMES, Sandra da Fonte Sousa, Margarida Maria Magalhães Cabugueira Custódio dos SANTOS a Elisabete Teresa da Mata Almeida CAROLINO. Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2013, **21**(6), 1282-1289 [cit. 2019-03-20]. DOI: 10.1590/0104-1169.2742.2365. ISSN 1518-8345. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601282&lng=en&tlng=en

21. HEBÁK, Petr a kolektiv. *Statistické myšlení a nástroje analýzy dat*. 1.vyd. Praha: INFORMATORIUM, 2013. 877s. ISBN 978-80-7333-105-4.

22. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-3469-9.

23. HINDLS, HRONOVÁ, SEGER, FISCHER. *Statistika pro ekonomy*. 7.vyd. Praha: Professional Publishing, 2006. 389s. ISBN 80-86946-16-9.

24. HLADKÝ, Aleš, et al. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu: skripta pro posluchače Filozofické fakulty Univerzity Karlovy*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-784-2.
25. HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 8071848905.
26. HRDLIČKOVÁ, Lucie. *Nádorová onemocnění u dětí - Šance Dětem*. *Informační portál - Šance Dětem* [online]. Copyright © Nadace Sirius. 2013. [cit. 19.12.2018]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevyhodnenim/nadorova-onemocneni-u-deti.shtml>
27. HRUBÁ, Lenka a Gabriela ŠVEJDOVÁ. *Vliv pracovních podmínek na výkon zaměstnance*. *Littera Scripta*. 2011, 4(1), 31-39. ISSN 1802-503X.
28. CHALUPOVÁ, Vladimíra. *Znalostní systém prevence rizik v BOZP - Rizikové faktory ve zdravotnictví*. 2016, (10) *Znalostní systém prevence rizik v BOZP - Úvod* [online]. Copyright © 2016 [cit. 21.12.2018]. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/pracovni-prostredi/odvetvi/zdravotnictvi/266-rizikove-faktory-ve-zdravotnictvi>
29. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
30. IASP Terminology - IASP. *International Association for the Study of Pain (IASP)* [online]. Copyright © 2018 International Association for the Study of Pain [cit. 14.11.2018]. Dostupné z: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
31. ISIKHAN, Vedat, Turhan COMEZ a M. ZAFER DANIS. *Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients*. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2004, 8(3), 234-244 [cit. 2019-03-21]. DOI: 10.1016/j.ejon.2003.11.004. ISSN 14623889. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S146238890300098X>
32. JÍCHOVÁ, Kateřina. *České zdravotnictví zaznamenává největší nedostatek sester za posledních deset let: Česká asociace sester vítá novou koncepci ministra zdravotnictví* [online]. In: . Praha, 2017, 2017, s. 1-2 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/akce/tiskova_zprava_2017_01.pdf

33. JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-211-9.
34. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
35. KO, Woonhwa a Norma KISER-LARSON. Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 2016, **20**(2), 158-164 [cit. 2018-12-19]. DOI: 10.1188/16.CJON.158-164. ISSN 1092-1095. Dostupné z: <http://cjon.ons.org/cjon/20/2/stress-levels-nurses-oncology-outpatient-units>
36. KOUTECKÝ, Josef, Edita KABÍČKOVÁ a Jan STARÝ. *Dětská onkologie pro praxi*. Vyd .1. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-288-5.
37. KOUTECKÝ, Josef. Nevyléčitelně nemocné děti - neexistuje "průměrná" smrt. *Zdravotnické noviny*. 2001, **50**(23), 14-15. ISSN 0044-1996.
38. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.
39. LUZ, Kely Regina da, Mara Ambrosina de Oliveira VARGAS, Edison Luiz Devos BARLEM, Pablo Henrique SCHMITT, Flávia Regina Souza RAMOS a Betina Hörner Schindwein MEIRELLES. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2016, **69**(1), 67-71 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690109i. ISSN 0034-7167. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000100067&lng=pt&tlng=pt
40. MALÝ, Stanislav, *Závěrečná zpráva projektu HR 176/08: Zpráva za rok 2009*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2009. Dostupné také z: HR176_08-zaverecna_zprava.pdf

41. MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5589-2.
42. MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.
43. MICHKOVÁ, Adéla. *Supervize*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-145-1.
44. MININEL, Vivian Aline, Patrícia Campos Pavan BAPTISTA a Vanda Elisa Andres FELLI. *Psychic workloads and strain processes in nursing workers of brazilian university hospitals. Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2011, **19**(2), 340-347 [cit. 2019-03-20]. DOI: 10.1590/S0104-11692011000200016. ISSN 0104-1169. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200016&lng=en&tlng=en
45. MZČR. Mezinárodní sesterské organizace. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Copyright © 2010 [cit. 21.12.2018]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/mezinarodni-sesterske-organizace_2239_930_3.html
46. NAHOLI, Rowida, Cheryl NOSEK a Darryl SOMAYAJI. *Stress Among New Oncology Nurses. Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 2015, **19**(1), 115-117 [cit. 2019-03-21]. DOI: 10.1188/15.CJON.115-117. ISSN 1092-1095. Dostupné z: <http://cjon.ons.org/cjon/19/1/stress-among-new-oncology-nurses>
47. NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
48. NĚMEC, Jiří. *Psychická zátěž jako výrazná a neoddělitelná součást práce vodního záchranáře*. Praha, 2012. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce Tomáš Miler.

49. OBROČNÍKOVÁ, Andrea, et al. PSYCHOLOGICAL STRAIN BETWEEN NURSES. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2015, **6**(4), 352-359 [cit. 2019-03-17]. DOI: 10.15452/CEJNM.2015.06.0027. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-04/27-obrocnikova-et-al.pdf>
50. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché. ISBN 978-80-247-5646-2.
51. PAVELKOVÁ, Helena a Radka BUŽGOVÁ. Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2015, **6**(1), 218-223 [cit. 2019-04-13]. DOI: 10.15452/CEJNM.2015.06.0006. ISSN 23363517. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/cejnm/4_65_burnout-among-healthcare-workers-in-hospice-care.html
52. PELCÁK, Stanislav a Alexander TOMEČEK. Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta. *Praktické lékařství* [online]. Ostrava, 2011, **7**(2), 87-90 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2011/02/10.pdf>
53. PETLACHOVÁ, Martina. Dětská onkologie z pohledu ošetřující sestry: Pro sestry. *Onkologie* [online]. 2011, **5**(2), 110-111 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2011/02/17.pdf>
54. POULSEN, Michael G., Anne A. POULSEN, Kathryn C. BAUMANN, Simon MCQUITTY a Christopher F. SHARPLEY. A cross-sectional study of stressors and coping mechanisms used by radiation therapists and oncology nurses: Resilience in Cancer Care Study. *Journal of Medical Radiation Sciences* [online]. 2014, **61**(4), 225-232 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1002/jmrs.87. ISSN 20513895. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/jmrs.87>
55. RATIBORSKÝ, Jan a Jaroslava FENDRYCHOVÁ. Ošetřovatelství v paliativní péči o dětské klienty. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, 2012, **13**(4), 262-264 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: www.solen.cz/savepdfs/ped/2012/04/14.pdf

56. RODRIGUES, Andrea Bezerra a Eliane Corrêa CHAVES. Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2008, **16**(1), 24-28 [cit. 2019-03-21]. DOI: 10.1590/S0104-11692008000100004. ISSN 0104-1169. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100004&lng=en&tlng=en
57. RODRIGUES, Bruna Caroline a Ieda Harumi HIGARASHI. Care provision to children in the context of the life of nurses as mothers - an exploratory study. *Online braz j nurs* [internet] 2014 Sep [cited year month day]; **13**(4):486-95. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4468>
58. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
59. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, Jana SUŠINKOVÁ a Mária CENKNEROVÁ. Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, **4**(3), 622-627 [cit. 2019-03-17]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osevovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/4_sovariova_kol.pdf
60. STIBALOVÁ, Kateřina. Náročné životní situace. *Odborný časopis sociální služby*. Tábor, 2011, **13**(1), 16-17. ISSN 1803-7348.
61. ŠAMÁNEK, Jaromír. Kategorizace prací, SZÚ. *SZÚ* [online]. Copyright © 2007 [cit. 14.11.2018]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/kategorizace-praci>
62. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a Jaroslava KRÁLOVÁ. Sesterská profesní role "advokáta pacienta". *Medicina pro praxi: Interní medicína* [online]. 2007, (12), 32-34 [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/01/09.pdf>
63. ŠTĚRBA, Jaroslav. Možnosti a limitace hodnocení kvality péče v dětské onkologii. *Klinická onkologie*. 2004, **17**(Suppl.), 88-91. ISSN 0862-495X.
64. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

65. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
66. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena a Radkin HONZÁK. Stres, Eustres, Distres . *Interní medicína pro praxi*. 2008, **10**(4), 188 – 192. ISSN 1212-7299.
67. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.
68. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.
69. VÉVODOVÁ, Šárka, Šárka ROČKOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ, Simona CAKIRPALOGLU DOBEŠOVÁ, Helena KISVETROVÁ a Jiří VÉVODA. Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester. *Psychologie a její kontexty* [online]. 2016, **7**(1), 65-79 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: http://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Vevodova-et-al_2016_1.pdf
70. VLÁČIL, Jan. Konflikt rolí – Sociologická encyklopedie. Sociologický ústav AV ČR, 2017 [online]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Konflikt_rol%C3%AD
71. VLČKOVÁ, Irena. Psychologická problematika paliativní péče v dětské onkologii. *Nemocniční listy*. 2008, **9**(3), 15-18. ISSN 1802-0224. Dostupné také z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnicni-listy/t1130>
72. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché. ISBN 80-247-0723-3.
73. VÝZKUMNÝ ÚSTAV Praha. Kolektiv autorů. Znalostní systém prevence rizik v BOZP - Pracovní stres a zdraví. *Znalostní systém prevence rizik v BOZP - Úvod* [online]. Copyright © 2016 [cit. 21.12.2018]. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/pracovni-prostredi/rizikove-factory/psychologicke-factory/320-pracovni-stres-a-zdravi>
74. WIKISOFIA. Coping v sociální psychologii. [online]. Copyright © 2013 ISSN [cit. 29.03.2019]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Coping_v_soci%C3%A1ln%C3%AD_psychologii

75. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-4062-1.
76. ZÁKONY PRO LIDI. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Zákony pro lidi - Sbirka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 24.04.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
77. ZÁLEŠÁKOVÁ, J. a Radka BUŽGOVÁ. Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Pracovní lékařství*. 2011, **63**(3-4), 113-118. ISSN 0032-6291. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-archiv-cisel>
78. ŽIDKOVÁ, Zdeňka, Jaroslava MARTINKOVÁ, Martina PAULOVÁ a Marta SVAČINKOVÁ. Psychická zátěž zaměstnanců v "pomáhajících profesích" ve zdravotnictví. *České pracovní lékařství*. 2001, **2**(1), 16-20. ISSN 1212-6721.
79. ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Monotonie v pracovním procesu. *České pracovní lékařství*. 2005, **6**(4), 193-197. ISSN 1212-6721.

SEZNAM PŘÍLOH

Obrázek 1 Použitý dotazník LIST 1	110
Obrázek 2 Použitý dotazník LIST 2	111
Obrázek 3 Použitý dotazník LIST 3	112
Obrázek 4 Použitý dotazník LIST 4	113

Přílohy

Obrázek 1 Použitý dotazník LIST 1

HODNOCENÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE (MEISTERŮV DOTAZNÍK)

Vážené kolegyně, vážení kolegové.

Jmenuji se Barbora Holá a jsem studentkou magisterského programu Ošetrovateľské péče ve vybraných klinických oborech na Univerzitě Pardubice.

Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při dotazníkovém šetření, které je součástí mé diplomové práce na téma Psychická zátěž všeobecných a dětských sester pracujících na oddělení dětské onkologie.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Informace získané z dotazníků budou použity pouze pro účely výzkumu mé diplomové práce. Dotazník je rozdělen na dvě části. První část je standardizovaný Meisterův dotazník. Druhá část je rozšířena o doplňující otázky, které byly vytvořené v souladu s výzkumnými cíli mé diplomové práce.

Základními kritérii pro zařazení do výzkumného šetření je práce na oddělení dětské onkologie v minimální délce 1 roku a vystudovaný obor všeobecná sestra.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Klasifikace psychické zátěže

1. Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny)

2. Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.

3. Psychická zátěž, při které nelze vyloučit zdravotní rizika.

Hodnocení psychické zátěže (Meisterův dotazník)

Pohlaví:	Rodinný stav:
Věk:	Vystudovaná/ý:
Pracovní úvazek:	Všeobecná sestra <input type="checkbox"/>
Plný <input type="checkbox"/>	Praktická sestra <input type="checkbox"/>
Částečný <input type="checkbox"/>	Dětská sestra <input type="checkbox"/>

Obrázek 2 Použitý dotazník LIST 2

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

5 – ano, plně souhlasí
4 – spíše ano
3 – nevím, někdy ano, někdy ne
2 – spíše nesouhlasí
1 – ne, vůbec nesouhlasí

1.	Při práci se často dostávám do časové tísně	5	4	3	2	1
2.	Práce mně neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	5	4	3	2	1
3.	Práce mně 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 stejnou výkonností.	5	4	3	2	1

Obrázek 3 Použitý dotazník LIST 3

Doplňující otázky:

11. Na klinice dětské onkologie pracuji:

- Méně než 1 rok
- 1 – 2 roky
- 2 – 5 let
- 5 – 10 let
- Více než 10 let
- Více než 15 let
- Více než 20 let

12. Ve zdravotnictví pracuji celkově:

- Méně než 1 rok
- 1 – 2 roky
- 2 – 5 let
- 5 – 10 let
- Více než 10 let
- Více než 15 let
- Více než 20 let

13. V práci je pro mě nejvíce zatěžující: (můžete uvést více odpovědí)

- Péče o pacienta s nepříznivou prognózou
- Péče o umírajícího pacienta
- Komunikace s rodinou a přítomnost rodiny u lůžka pacienta
- Provádění bolestivých nebo traumatizujících výkonů
- Přemíra administrativy společně s množstvím ošetrovatelské péče
- Práce ve vysoce rizikovém prostředí
- Spolupráce s kolegy (nelékařské i lékařské profese)
- Směnný provoz
- Nedostatek volného času
- Jiné (prosím uveďte):
.....

14. Máte dítě/děti, nebo o ně v domácnosti pečujete? (vlastní i nevlastní)

- Ano
- Ne

15. Pociťujete v osobním životě vyšší míru stresu nebo napětí?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Obrázek 4 Použitý dotazník LIST 4

16. Se stresem se vyrovnáváte:

- Dobře
- Spíše dobře
- Nevím
- Spíše obtížně
- Obtížně

17. Pociťujete vliv pracovní psychické zátěže na Váš soukromý život?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne