

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Radka Rázková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Potenciál supervize při zvládnání psychické zátěže zdravotnického personálu

Diplomová práce

2024

Bc. Radka Rázková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Radka Rázková**
Osobní číslo: **Z22344**
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**
Téma práce: **Potenciál supervize při zvládnání psychické zátěže zdravotnického personálu**
Téma práce anglicky: **The potential of supervision in coping with the psychological burden of healthcare staff**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- DUTKOVÁ, Andrea. *Jak vnímat stres: průvodce pro vnitřní pohodu*. Zdraví & životní styl. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-2568-5.
- FABIÁN, Petr. *Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021. ISBN 978-80-7560-368-5.
- HAVRDOVÁ, Zuzana a Martin HAJNÝ. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizo-ry, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1.
- HORÁK, Michal. *Supervize: příručka pro uživatele*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2022. ISBN 978-80-88361-21-3.
- ONDŘIOVÁ, Iveta a FERTAĽOVÁ, Terézia. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1728-4.
- VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Adéla Michková, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **17. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Potenciál supervize při zvládnání psychické zátěže zdravotnického personálu 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 3.4.2024

Bc. Radka Rázková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych v první řadě vyjádřila upřímné díky vedoucí mé diplomové práce, paní Mgr. Adéle Michkové, Ph.D., za její cenné rady, odborné vedení a neocenitelnou podporu během psaní této práce. Dále si cením přispění všech respondentů, kteří se podíleli na sběru dat pro mé průzkumné šetření. A konečně, největší díky patří mým nejbližším, zejména manželovi a synovi, za jejich trpělivost a nepřetržitou podporu během celého mého studia. Bez jejich podpory bych nedokázala úspěšně dokončit tento důležitý krok ve své akademické a profesní dráze.

ANOTACE

Cílem této diplomové práce je zkoumání problematiky zátěžových situací, s nimiž se setkává zdravotnický personál, a posouzení možností využití supervize k jejich efektivnímu zvládnutí. Teoretická část definuje charakter zdravotnické profese a analyzuje typické zátěžové situace, které se v jejich práci vyskytují. Zabývá se možnostmi řešení těchto situací, s důrazem na využití supervize. Supervize je zde podrobněji zkoumána taktéž jako nástroj pro zlepšení kvality práce a prevenci syndromu vyhoření. Cílem průzkumné části je hodnocení subjektivního prožívání situací s vysokou zátěží u zdravotnického personálu a na zhodnocení možného přínosu supervize jako podpůrného nástroje pro zvládnutí těchto situací, stejně jako na identifikaci preferovaných forem supervize.

KLÍČOVÁ SLOVA

Supervize, zátěžové situace, stres, zdravotnický pracovník, coping, syndrom vyhoření, psychická zátěž

ANNOTATION

The aim of this thesis is to explore the issues of stressful situations encountered by healthcare staff and to assess the possibilities of using supervision to manage them effectively. The theoretical part defines the nature of the medical profession and analyses typical stressful situations that occur in their work. It discusses the possibilities of dealing with these situations, with an emphasis on the use of supervision. Supervision is also examined in detail as a tool for improving the quality of work and preventing burnout syndrome. The aim of the exploratory part is to assess the subjective experience of high stress situations among health care personnel and to evaluate the possible benefits of supervision as a supportive tool for coping with these situations, as well as to identify preferred forms of supervision.

KEYWORDS

Supervision, stressful situations, stress, health worker, coping, burnout syndrome, psychological stress

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce	14
1.1 Cíle práce	14
1.2 Metody k dosažení cíle	15
Teoretická část	16
2 Charakter zdravotnické profese	16
3 Zátěžové situace.....	18
3.1 Druhy zátěžových situací.....	18
3.1.1 Zmatený, agresivní a nespolupracující pacient.....	19
3.1.2 Nevyléčitelně nemocný, umírající pacient.....	20
3.1.3 Smrt pacienta	21
3.1.4 Rodina pacienta.....	22
3.1.5 Pracovní a osobní problémy ošetrovatelského personálu	23
3.2 Následky zátěžových situací	24
3.2.1 Stres	24
3.2.2 Syndrom vyhoření.....	26
3.2.3 Únava ze soucitu	26
3.3 Zvládání zátěžových situací, obranné mechanismy	27
3.4 Role managementu v kontextu pracovní zátěže	29
4 Supervize	31
4.1 Definice a cíle supervize	31
4.2 Funkce supervize	32
4.3 Formy supervize	32
4.4 Proces supervize	34
4.5 Osobnost Supervizora	35
4.6 Zavedení supervize do organizace	36

Průzkumná část	37
5 Metodika průzkumné části.....	37
5.1 Cíle práce a průzkumné otázky.....	37
5.2 Použité metody průzkumu	38
5.2.1 Sběr dat	38
5.2.2 Dotazníková metoda	38
5.2.3 Meisterův dotazník	39
5.2.4 Předvýzkum	40
5.2.5 Zpracování získaných dat	40
5.3 Charakteristika průzkumného souboru	41
6 Interpretace výsledků.....	46
6.1 Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže	46
6.1.1 Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle faktorů.....	47
6.1.2 Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle jednotlivých položek.....	49
6.1.3 Klasifikace zátěže	50
6.2 Interpretace výsledků – subjektivní vnímání zátěžových situací respondentů	51
6.3 Interpretace výsledků – subjektivní vnímání supervize z pohledu respondentů	61
7 Diskuse.....	69
8 Závěr	76
9 Použitá literatura	78
10 Přílohy	84

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Subjektivní hodnocení respondentů celkové pracovní zátěže.....	51
Obrázek 2 Subjektivní hodnocení respondentů, jak vnímají celkovou pracovní zátěž dle typu oddělení.....	53
Obrázek 3 Frekvence prožívání pracovní zátěže v daném okamžiku.....	54
Obrázek 4 Průměrné hodnocení jednotlivých zátěžových situací	55
Obrázek 5 Spokojenost respondentů s aktuální formou podpory	58
Obrázek 6 Hodnocení spokojenosti s pracovní a mimopracovní formou podpory	59
Obrázek 7 Úvahy respondentů nad změnou práce.....	60
Obrázek 8 Sounáležitost respondentů se zavedením supervize na pracovišti	63
Obrázek 9 Souhlas respondentů se zavedením supervize dle oddělení	64
Obrázek 10 Souhlas se zavedením supervize dle pracovního zařazení respondentů	64
Obrázek 11 Preferovaný styl supervize	65
Obrázek 12 Preferovaná frekvence supervize	66
Obrázek 13 Vnímání supervize jako prevence zátěžových situací a syndromu vyhoření.....	66
Obrázek 14 Vnímání supervize jako prevence zátěžových situací dle pracovního zařazení respondentů.....	67

Tabulka 1 Porovnání celkových úvazků dle kategorií pracovníků ve zdravotnictví (zdroj, ÚZIS)	17
.....	17
Tabulka 2 Věk respondentů	42
Tabulka 3 Pracovní zařazení respondentů	42
Tabulka 4 Pracovní zařazení respondentů dle pohlaví	43
Tabulka 5 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví	44
Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	44
Tabulka 7 MD Vyhodnocení podle faktorů (Hladký, Židková, 1999)	47
Tabulka 8 MD Stanovené normy a kritické hodnoty pro muže i ženy (Hladký, Židková, 1999)	47
.....	47
Tabulka 9 Výsledky hodnot MD, měření aritmetického průměru u mužů a žen.....	48
Tabulka 10 Překročení kritické hodnoty hrubého skóru MD dle pracovního zařazení	48
Tabulka 11 Vyhodnocení MD podle jednotlivých položek.....	49
Tabulka 12 Faktory přetížení MD, výsledný medián respondentů.....	50
Tabulka 13 MD Stupeň přetížení respondentů	50
Tabulka 14 Konečná klasifikace psychické zátěže dle Meisterova dotazníku (Hladký, Židková, 1999).....	50
Tabulka 15 Kontingenční tabulka.....	52
Tabulka 16 Pearsonův Chí – kvadrát.....	52
Tabulka 17 Průměrné hodnocení jednotlivých zátěžových situací dle oddělení	56
Tabulka 18 Nejčastějších zátěžové situace, se kterými se respondenti setkávají ve své práci.	57
Tabulka 19 Forma podpory, která pomáhá respondentům zvládnout psychickou zátěž na pracovišti.....	58
Tabulka 20 Co si respondenti představují pod pojmem supervize	62
Tabulka 21 Znázornění preference, na koho by se respondenti obrátili s žádostí o zavedení supervize	68

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
FN	Fakultní nemocnice
MD	Meisterův dotazník

ÚVOD

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku zvládnání zátěžových situací, kterým čelí zdravotnický personál, a zkoumá potenciál supervize jako nástroje k posílení jejich psychické pohody.

Na základě předchozích studií a vypracování bakalářské práce o supervizi v práci zdravotně sociálního pracovníka jsem se rozhodla prohloubit své poznatky a zájem o téma supervize. Osobně vnímám supervizi jako jednu ze základních forem podpory pro zdravotnický personál a přestože vím, že ve většině zdravotnických zařízení neprobíhá, alespoň se snažím, aby se mé pracovní okolí touto myšlenkou zabývalo. Zdravotnický personál je v první linii poskytování péče, čelí výzvám a situacím, které mnohdy přesahují hranice konvenčních pracovních prostředí. Tato práce se zaměřuje na jednu z nejvíce podceňovaných dimenzí jejich každodenní reality – psychickou zátěž.

Diplomová práce je složena ze dvou částí. V teoretické části nalezneme problematiku zátěžových situací, kterým je vystavován zdravotnický personál a možné formy pomoci tyto situace zvládnout se zaměřením na supervizi.

Druhá, průzkumná část, je věnována stanovení základních cílů práce a průzkumných otázek. Informuje o metodologii průzkumu, charakteristice průzkumného souboru, zpracování dat, závěrečné shrnutí a prezentaci získaných výsledků.

Práce má za cíl zhodnotit, jaké zátěžové situace prožívá personál nemocnice v rámci týmu a ve vztahu k pacientovi, a také jak se liší jejich prožívání v závislosti na oddělení v rámci zkoumaného zdravotnického zařízení. Dále se zabývá představením supervize jako významné formy podpory pro zdravotnické pracovníky a její potenciál pro správné fungování organizace. Jak je personál v zařízení nakloněn k případné implementaci supervize a jaké formy by upřednostňoval.

V červnu roku 2023 Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů uspořádalo konferenci, která představila závěry projektu Prevence II. Cílem projektu bylo řešení negativního dopadu nadměrného stresu a celkového fyzického vyčerpání na zdraví zdravotnických pracovníků. Do realizace se zapojilo šest poskytovatelů zdravotních služeb. Součástí projektu bylo i zajištění supervize pro zaměstnance, včetně vedoucích pracovníků.

Zavedením opatření u poskytovatelů zdravotních služeb představuje komplexní intervenci směřující ke zvýšení odolnosti zdravotnických pracovníků a zlepšení zvládnání zátěžových situací spojených s výkonem povolání.

Projekt Prevence II je spolufinancován z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky. (MZČR, 2023)

Také fakultní nemocnice Brno sehrává významnou roli v rozvoji a implementaci supervize ve zdravotnictví. Pravidelně pořádá celostátní konference zaměřené na tuto problematiku, přičemž poslední se konala v únoru 2023. Na této konferenci byla prezentována různá témata, jako je vliv supervize na syndrom vyhoření a pracovní spokojenost zdravotnického personálu, problematika únavy ze soucitu u zdravotníků v rámci klinické supervize, zkušenosti zdravotníků se supervizí a otázky supervize a manažerských aspektů ve zdravotnictví a sociálních službách. [online, fnbrno]

Dle mého názoru tyto aktivity představují významný krok směrem k posílení supervize v dalších zdravotnických zařízeních. Jsou to kroky, které mohou vést k lepšímu porozumění a využití supervize jako nástroje pro podporu pracovníků ve zdravotnictví a zlepšení kvality poskytované péče.

Důraz na psychickou zátěž zdravotnického personálu v této diplomové práci nevzešel z pouhého zájmu o teoretický rámec. Je to otázka naléhavosti, kdy je stále více evidentní, že psychická pohoda pracovníků ve zdravotnictví přímo ovlivňuje kvalitu poskytované péče. Tato práce se bude zabývat možnostmi, jak tuto psychickou zátěž efektivně identifikovat a pomocí supervize jako nástroje podpořit zdravotnický personál v řešení výzev, jimž čelí ve své každodenní praxi. Zajímavá je nejen sama otázka psychické zátěže, ale také možnosti, které se naskýtají v oblasti supervize jako preventivního a podpůrného opatření.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Cílem této diplomové práce je zkoumání problematiky zátěžových situací, s nimiž se setkává zdravotnický personál, a posouzení možností využití supervize k jejich efektivnímu zvládnutí. Nejdříve bude přiblížen teoretický rámec na základě studia odborné literatury, z něž byl vypracován dotazník, který byl následně poskytnut respondentům. Dotazník byl poté vyhodnocen a získané výsledky byly analyzovány v průzkumné části práce. V závěru bude provedeno srovnání této práce s ostatními studiemi zabývajícími se stejným tématem.

1.1 Cíle práce

Před začátkem průzkumu byly stanoveny tyto cíle práce.

Teoretické cíle

- Přiblížit teoretické východisko charakteru zdravotnické profese.
- Představit druhy zátěžových situací, se kterými se zdravotnický personál může ve své profesi setkávat, včetně jejich následků.
- Blíže seznámit s pojmem supervize, včetně jejích forem, cílů a jejího využití jako nástroje zkvalitnění práce v organizaci.

Průzkumné cíle

- Zjistit, jak subjektivně zdravotnický personál vnímá psychickou zátěž a zátěžové situace, se kterými se může ve své práci setkat.
- Získat informace, jak respondenti subjektivně hodnotí zavedení supervize jako pomoc při zvládnutí psychické zátěže.

Průzkumné otázky

- Jak zdravotnický personál subjektivně vnímá psychickou zátěž a zátěžové situace, se kterými se může ve své práci setkat?
- Jak respondenti subjektivně hodnotí zavedení supervize jako pomoci při zvládnutí psychické zátěže?

1.2 Metody k dosažení cíle

Průzkumná část práce se zaměřuje na kvantitativní průzkum realizovaný ve spolupráci se zdravotnickým zařízením za schválení vedení jednotlivých oddělení. Dotazování bylo provedeno prostřednictvím dotazníkového šetření v menší okresní nemocnici. Následně byla data podrobena analýze a pečlivě prezentována. Podrobněji je rozepsáno v kapitole číslo 5, metodika průzkumné části.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce je zkoumána problematika zátěžových situací, jimž je vystavován zdravotnický personál. Analyzují se zde různé typy zátěžových situací, které mohou v této profesi vznikat. V návaznosti na cíl práce je druhá část teoretického rámce věnována supervizi jako jedné z možných forem podpory. Informuje také o cílech, formách a funkcích supervize v kontextu podpory zdravotnického personálu. Tato teoretická část poskytuje rámcový pohled na problematiku a teoretické základy, na nichž je následně postavena průzkumná část práce.

2 CHARAKTER ZDRAVOTNICKÉ PROFESE

Ošetrovatelství představuje samostatnou vědní disciplínu, která má za cíl podporovat a udržovat zdraví populace. Spolupracuje s dalšími obory s cílem obnovit zdraví jednotlivců a pomáhat jim dosáhnout soběstačnosti tím, že aktivně identifikuje jejich potřeby. Pokud jde o nevléčitelná onemocnění, zaměřuje se na zmírnění utrpení pacienta a poskytuje citlivou péči při umírání a smrti. (Vytejková, 2015)

Pro dosažení optimální péče o zdraví jednotlivců a léčení nemocí je nezbytná spolupráce různých zdravotnických profesionálů, kteří přinášejí své specializované znalosti a dovednosti. Týmová práce v zdravotnictví je nezbytná pro udržení vysoké kvality života a účinného řešení zdravotních problémů, což se stává stále důležitějším vzhledem k rostoucím nárokům na péči. Bez koordinovaného multidisciplinárního přístupu by zdravotní systém nedokázal účinně plnit své poslání. Ošetrovatelskou péči zajišťuje ošetrovatelský tým. Jedná se o tým pracovníků skládající se ze všeobecných sester, zdravotnických asistentů (nově označených jako praktická sestra), ošetrovatelek a sanitářů. Každý člen týmu přináší své specifické dovednosti a znalosti, které přispívají k poskytování komplexní péče a podpory pacientům. (Plevová, 2012)

Česká republika má dlouhodobě nedostatek zdravotnického personálu. Rostoucí počet neobsazených pozic ve zdravotnickém personálu ohrožuje efektivitu a kvalitu českých nemocnic.

Je zřejmé, že zkušené a kvalifikované sestry opouštějí své pozice a noví pracovníci se téměř neobjevují, což je fakt, který nelze ignorovat. Odchod sester z oboru představuje významný problém. Na ty, které zůstávají, je kladen velký tlak, zejména z hlediska psychického, a zvyšuje se jejich pracovní zatížení a stres. Tato situace může ohrozit kvalitu poskytované péče pacientů. (Plachá, 2015)

Z tabulky (viz tabulka 1), která je dostupná na webových stránkách ÚZIS můžeme vidět, že celkový počet zdravotnických pracovníků v České republice je přibližně 230 tisíc. Přestože se jedná o vysoké číslo, stále se české zdravotnictví potýká s jejich nedostatkem.

Tabulka 1 Porovnání celkových úvazků dle kategorií pracovníků ve zdravotnictví (zdroj, ÚZIS)

Kategorie	2018	2019	2020	2021	2022	Rozdíl 22-21	Rozdíl 22-21 v %
Lékaři	42 488	43 164	43 475	44 717	44 602	-115	100%
Zubní lékaři	7 621	7 631	7 585	7 531	7 386	-144	98%
Farmaceuti	6 525	6 450	6 728	6 582	6 628	46	101%
Všeobecné sestry a porodní asistentky	82 328	82 582	82 576	82 838	82 883	44	100%
Ostatní ZPBD	30 036	30 435	31 431	33 142	33 880	738	102%
ZPSZ	12 630	12 834	13 523	13 967	14 247	280	102%
ZPOD	32 671	33 057	33 621	34 538	35 258	720	102%
JOP	2 658	2 688	2 627	2 640	2 521	-119	95%
Celkem	216 956	218 842	221 567	225 956	227 406	1 450	101%

V pomáhajících profesích se orientujeme na pomoc druhým lidem. Neustálé zabývání se nepříjemnými událostmi jiného člověka může být ubíjející a vyčerpávající. Dlouhodobá nevyrovnanost mezi “braním” a “dáváním” se může postupně změnit v pocity vyčerpání, nezájmu a v neposlední řadě i vzniku syndromu vyhoření. Příjemného a milého si proto zdravotnický pracovník postupně přestává všímat. (Hájek, 2012)

Je důležité věnovat pozornost zdravotnickému personálu, protože jejich pohoda a podpora jsou klíčové pro poskytování kvalitní péče a bezpečnosti pacientů. Dobře fungující a spokojený personál také přispívá k efektivitě zdravotnického systému a celkovému zlepšení výsledků léčby.

3 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

V následujících kapitolách budou představeny a podrobně popsány zátěžové situace, které se vyskytují nejčastěji a jsou zároveň nejnáročnější v pracovním prostředí zdravotnického týmu. Práci zdravotnického personálu může negativně ovlivnit řada faktorů.

Zátěž znamená zatěžování schopností osobnosti a těla adaptovat se na danou situaci. Může to být situace, která se stává náročnou a jedinec se cítí ohrožený a plný obav. Stres nastává, když je zátěž natolik velká, že jedinec necítí, že by ji dokázal zvládnout, což může mít negativní dopad na jeho zdraví v důsledku psychických a fyzických procesů, které vyvolává. (Helus, 2011)

3.1 Druhy zátěžových situací

Při pracovních aktivitách se zdravotníci každodenně setkávají s různorodými situacemi, které mohou být považovány za náročné nebo obtížné. Každý hledá strategie pro jejich řešení, přistupuje k nim individuálně a záleží to na jeho vlastních zkušenostech, osobním rozvoji a schopnosti efektivně komunikovat, stejně jako na podpoře ze strany vedení dané organizace. (Hauke, 2014) Psychické zatížení ve zdravotnictví často vyplývá z několika faktorů, jako je například vysoké tempo práce, náročné pracovní hodiny a směny, tlak na dodržení časových limitů, opakované riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví dalších osob. (Zacharová, 2017)

Venglářová a Mahrová (2006) analyzují faktory generující zátěž v oblasti fyzické i psychické. Mezi hlavní zátěžové situace, se kterými se může zdravotnický personál setkat, řadí například péči o umírající a trpící, péči o nevléčitelně pacienty, pacienty zmatené, agresivní, rodinu pacientů a dále pracovní a osobní podmínky pro profesi zdravotníka. Mezi klíčové faktory řadí také konflikty mezi personálem nebo vedením daného zdravotnického zařízení.

Dělení následujících psychických zátěží od Venglářové a Mahrové (2006) je vybráno záměrně. Po pečlivém studiu jejich odborné literatury se zdály vybrané zátěžové situace být zajímavé s ohledem na respondenty, kteří budou osloveni v rámci dotazníkového šetření této práce. Navíc jejich rozdělení zátěže nejlépe odpovídá zvolenému tématu a cílům práce než rozdělení od jiných autorů. Tyto autorky jsou respektovány v oboru, což může podpořit důvěryhodnost práce.

3.1.1 Zmatený, agresivní a nespolupracující pacient

Jednání nebo spolupráce s jednotlivci, včetně pacientů ve zdravotnickém zařízení, kteří z různých příčin nechtějí naslouchat, představuje pro zdravotnický personál náročnou situaci. V takových případech jednání často nekončí úspěšně, případně nedospěje k žádnému pokroku. K vzájemnému zhoršení vztahů mezi oběma stranami často přispívá také nedostatečná schopnost aktivního naslouchání. (Urban, 2023)

Každý člověk reaguje na onemocnění rozdílným způsobem. Při nemoci nastává řada situací, které jsou pro nemocného nové, komplikované a kladou velké nároky na adaptační mechanismy pacienta. Pokud je pacient izolován od svých blízkých, trpí bolestmi a celkově zažívá osobní nepohodlí, mohou se vyskytnout reakce, které jsou jiné, než by zdravotnický personál očekával. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Poměrně často se ve zdravotnickém zařízení setkáváme s agresivním pacientem. Výsledky systematické narativní studie provedené ve Spojených státech amerických naznačují, že incidence agresivního chování vůči zdravotnickým pracovníkům je srovnatelná s údaji zjištěnými v Evropě. Téměř třetina zdravotníků ve všeobecné péči hlásila vystavení se fyzickému nebo psychickému napadení na pracovišti ze strany pacienta. Tento trend se odráží i v průzkumech provedených v různých zemích Evropské unie. Studie ukázaly, že vysoké procento zdravotnického personálu zaznamenává zkušenost s agresivním chováním, přičemž nejvyšší podíly jsou zaznamenány ve Francii (39 %), Velké Británii (29 %), Německu (28 %) a Belgii (23 %). (Heckemann et al., 2015)

Když hovoříme o agresivním chování, nezmiňujeme pouze fyzické ale i verbální projevy, které mohou maskovat nedostatečnou výkonnost nebo chybné jednání jedince. Osoby, které rády používají například i sarkasmus, často mohou působit agresivně. (Lilley, 2020) Jak již bylo zmíněno, nejde jen o fyzický konflikt, ale i o hrubá slova, nadávky nebo křik. To se může projevovat také formou ubližování s úsměvem, kdy má někdo za cíl ponižovat druhou osobu. Agresivní chování může vzniknout z frustrace, bolesti nebo problémů ve vztazích pacienta. (Ondriová, 2021)

V důsledku toho může být pracovní prostředí pro zdravotnický personál vnímáno jako nebezpečné a nekomfortní, což může vést k obecnému pocitu nepohodlí, ba dokonce k odporu vůči práci.

Ve zdravotnictví je často náročná péče o zmateného pacienta. U lidí trpících demencí se často vyskytuje jev známý jako "sundown syndrom". Tento termín se běžně používá k popisu neuropsychiatrických symptomů, které se obvykle projevují ve večerních a nočních hodinách, ale nejsou formálně psychiatrickou diagnózou. Tyto symptomy zahrnují nepokoj, dezorientaci, poruchy spánku a halucinace, které mohou být zrakové i sluchové. Péče o pacienty s tímto syndromem je velmi náročná a vyžaduje mnoho úsilí. (Klepáčková, 2022)

Důsledkem zmatenosti může být například pád pacienta. Podle statistik se pády vyskytují až u poloviny pacientů starších 65 let, kteří jsou v dlouhodobé péči. Zahraniční data naznačují, že úmrtí způsobená s komplikacemi pádů jsou mezi geriatrickými pacienty pátou nejčastější příčinou smrti, ovšem české údaje nejsou k dispozici. (Kabelka, 2022)

Existuje více obecných postupů, které poskytují základní informace, jak postupovat při komunikaci s agresivním nebo zmateným pacientem. Jedná se především o zachování klidu, vlídnosti a empatie. Reagování na agresivní projevy agresivitou může paradoxně zhoršit vzniklou situaci. V péči o pacienta je důležité aktivně zkoumat faktory vyvolávající agresivní chování. Komunikujeme s pacientem tak, aby porozuměl, proč se chová agresivně, a zároveň mu jasně sdělujeme, že jeho chování není akceptovatelné. Snažíme se empaticky pochopit jeho pocity a argumenty. Pokud je to možné, vyhovíme jeho přání, abychom podpořili pozitivní interakci a snížili agresivní projevy. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Mezi agresivním a zmateným nebo dezorientovaným pacientem existují významné rozdíly, a je na zdravotnickém personálu, aby přistupoval ke každému z nich v souladu s aktuální situací. Tyto situace výrazně komplikují práci zdravotnických pracovníků.

3.1.2 Nevyléčitelně nemocný, umírající pacient

Proces umírání představuje postup směřující k ukončení života jedince. V lékařském kontextu je znám jako terminální fáze života, jehož délka může být různá, avšak v závěru dochází k nezvratnému selhání vitálních funkcí končící smrtí. (Kelnarová, 2007)

Strach člověka zahrnuje nejen obavu ze samotného skutku smrti, ale také ze způsobu, jakým bude umírat. Má strach z toho, že prožije dlouhé bolestivé chvíle, přičemž ho navíc trápí myšlenka na to, že by mohl být opuštěn v těchto nesnázích. Během procesu umírání může jedinec často spoléhat na podporu poskytovanou profesionálními zdravotnickými týmy. Zdravotničtí pracovníci představují skupinu odborníků, kteří tráví s umírajícím jedincem většinu času a poskytují mu nezbytnou péči. (Ondriová, 2021)

Vhodná a otevřená komunikace mezi umírajícím pacientem a sestrou může pozitivně ovlivnit stav pacienta, zjistit obavy umírajícího pacienta, jeho pocity a potřeby. (Kelnarová, 2007)

Zatímco v minulém století bylo umírání především lékařskou záležitostí a prosazovalo se “léčit za každou cenu” do plného vyčerpání organismu, v posledních letech se tento postoj výrazně změnil s rozvojem paliativní medicíny. (Vorlíček et al., 2011) Pro zmírnění utrpení a bolesti je klíčové nejprve smrt přijmout. Pacient by měl mít možnost sám prožívat svou bolest. Při doprovázení umírajícího pacienta je zjevné, že možnost otevřeně hovořit o svých emocích snižuje míru negativního prožívání umírání a zároveň se projevuje úleva od tělesně prožívané bolesti. (Kupka, 2014)

Dnes se preferuje otevřená a upřímná komunikace mezi zdravotníky, pacienty v terminální fázi a jejich blízkými. Místo ticha nebo zatajování pravdy se více využívá otevřená komunikace s velmi dobrými výsledky, pokud je prováděna citlivě, s empatií a podporou. (Kalvach, 2019) Pro ošetřující personál je interakce s umírajícím často zdrojem psychického nepohodlí. Kvůli obrannému mechanismu se často vyhýbají projevům přílišné emocionální angažovanosti a zaměřují se spíše na léčbu nemoci a interpretaci výsledků diagnostiky než na individuální osobnost pacienta. (Ondřiová, 2021)

3.1.3 Smrt pacienta

Ve společnosti dochází k ukončení života 80-92 % jednotlivců v nemocnicích či jiných institucích, kde umírání a smrt představují běžnou součást každodenního prostředí. Tento proces se může odehrávat na jakémkoliv nemocničním oddělení, ale také v domovech pro seniory nebo v hospicích. Dokonce i v případě úmrtí jedince v domácím prostředí je tomu věnována pozornost ze strany lékařského a dalšího zdravotnického personálu. Z toho vyplývá, že smrt a umírání jsou silně spojené s nemocničním prostředím, přičemž tyto procesy přejímají charakter lékařské intervence spíše než přirozeného průběhu událostí. Smrt a umírání tak přecházejí do roviny lékařského působení, což mění jejich vnímání jakožto přirozených událostí. (Bártlová, 2005)

Kupříkladu práce v léčebnách dlouhodobě nemocných může být podle Mellanové (2017) často stresující. Charakteristickým prvkem těchto pracovišť je dlouhodobý kontakt s pacienty, který umožňuje pracovníkům hlubší porozumění osudům a vyhlídkám těch, kterým péči poskytují. S narůstajícím množstvím informací se obvykle prohlubuje vztah mezi pracovníky a pacienty, což může vést k nechtěnému pocitu, že pracovník sdílí osud svěřených osob. Úmrtí pacienta pak může mít pro zdravotníky významný emocionální dopad. (Mellanová, 2017)

Každý zaměstnanec zvládá ztrátu pacienta individuálně, což závisí na jeho charakteru, věku, genetice a výchově. Komunikace s pozůstalými může být pro personál stresující situací, ale i v této situaci je klíčové zachování profesionálního přístupu.

Poslední povinností sestry vůči nemocnému pacientovi je také poskytnutí péče o zemřelého pacienta. (Kapounová, 2020) Péče o zemřelé je důležitou ošetrovatelskou činností a z profesionálního hlediska ho můžeme zařadit mezi jednu z nejtěžších prací zdravotnického personálu, a to po stránce sociální, emocionální, manažerské, psychické, právní i duchovní. (Kelnarová, 2007)

3.1.4 Rodina pacienta

Onemocnění jednotlivce nejenže postihuje dotyčnou osobu, ale má také vliv na celou rodinu. Rozsah tohoto vlivu závisí na tom, který z členů rodiny onemocní, jak závažné je onemocnění, jak dlouho trvá a jaký je jeho průběh. Rodinní příslušníci mohou ovlivňovat zdravotní stav pacienta různými způsoby, včetně nezdravých návyků, jako je konzumace zakázaných potravin a nápojů, kouření, snahy o přemlouvání pacienta k návratu domů nebo vyvolávání nedůvěry vůči zvolenému způsobu léčby a tím i vztahu k personálu. (Bártlová, 2005)

V komunikaci s rodinou pacienta je proto klíčové projevit cit a porozumění. Bohužel, v našem zdravotnictví je dnes příliš časté, že rodiny s oprávněnými otázkami a vlastními zkušenostmi jsou často označeny za "stěžovatelské". Ve skutečnosti však tyto rodiny mohou mít oprávněné obavy ohledně péče a léčby jejich blízkých. Je důležité si uvědomit, že role zdravotnického personálu není pouze poskytovat léčbu, ale také podporovat a chránit práva a potřeby pacientů a jejich rodin. (Kabelka, 2022) Zajímat se o rodinu pacienta je také součástí ošetrovatelské péče. Od rodiny se snažíme zjistit jakékoliv informace, které nám pomohou pochopit chování pacienta a pomoci s následnou spoluprací mezi personálem a pacientem. Mnohdy dochází k situacím, kdy pacient není ochoten nebo vůbec ani schopen žádné informace poskytnout. Může se jednat o pacienta dementního, či pacienta se ztrátou vědomí. Právě v této chvíli mohou informace od rodiny pomoci s rychlejším uzdravováním a lékařům se stanovením správné diagnózy. Pokud se jedná o umírajícího pacienta, zdravotnický personál by měl umožnit pacientovi zemřít v klidu, po boku blízkých. (Bužgová, 2015) Pro každou rodinu je důležité, aby věděli, že o jejich příbuzného je dobře postaráno, že netrpí bolestmi a celkově se o něho personál stará dle svých maximálních možností. (Marková, 2010)

3.1.5 Pracovní a osobní problémy ošetrovatelského personálu

Kvalitní mezilidské vztahy, sociální podpora od rodiny, přátel, známých či kolektivu v práci hrají klíčovou roli v procesu zvládnání stresových a zátěžových situací. Tato síť poskytuje jedinci emocionální oporu a pocit bezpečí, což mu umožňuje lépe zvládat stresové situace. (Kožinová, 2022)

Konflikty mezi spolupracovníky na pracovišti jsou jednou z významných zátěžových situací, se kterými se musí vyrovnávat ošetrovatelský personál. Tyto konflikty mohou vzniknout z různých důvodů a tím také ovlivnit kvalitu poskytované péče a pracovní atmosféru v týmu. Pro jednotlivce mají interpersonální vztahy významný vliv, neboť jsou klíčovým zdrojem pro uspokojování jeho potřeb. (Ondriová, 2021) Určité specifické problémy vznikají z povahy nejčastěji ženských kolektivů. Zvýšená emocionálnost žen může vést k závěrům ovlivněným subjektivními pocity, což může přispět k tomu, že kritiku přijímají ženy velmi osobně a nadměrně se zabývají daným problémem. (Plevová, 2018)

Konflikt definujeme jako střet názorů, rozpor nebo neshody, který může vyvolat sníženou schopnost racionálního jednání, ztrátu sebekontroly a vytvářet negativní postoj ke spolupracovníkům. Správně řešený konflikt může posílit vztahy mezi členy personálu a přispět ke zlepšení pracovního prostředí. (Vévoda, 2013)

Všichni členové zdravotnického týmu jsou také lidé, kteří mají svůj osobní život a problémy spojené s ním. Pokud jsme v osobním životě spokojeni, většinou se to pozitivně odráží v životě profesním. Naopak při výskytu nějakých problémů v osobním životě můžeme být v práci podráždění, unavení a nesoustředění, což v profesi zdravotníka může mít fatální následky. *„Spokojenost s prací se přelévá do celkové spokojenosti se životem a celková spokojenost se životem ovlivňuje spokojenost s prací.“* (Křivohlavý, 2013, str. 43) Naopak aktivní vyhýbání se konfliktům může v osobním životě přinášet různé obtíže. Konflikty zůstávají nevyřešené a s nimi spojené negativní emoce se hromadí. Tento následný stres může ovlivnit naši schopnost soustředit se, pamatovat si, rozhodovat se a komunikovat s druhými. Chronický stres z nevyřešených konfliktů může také oslabit naši imunitu a vést k tendenci vyhýbat se jakémukoliv konfliktu. (Karp, 2023)

3.2 Následky zátěžových situací

Existuje množství následků zátěžových situací, včetně stresu, syndromu vyhoření a únavy ze soucitu, které budou dále popsány. Mezi další příklady následků zátěžových situací patří například emocionální vypětí, poruchy spánku, ztráta motivace nebo snížená výkonnost. Porozumění následkům zátěžových situací je důležité, protože pomáhá identifikovat rizika pro zdraví a výkon v práci a umožňuje nám přijmout opatření k jejich prevenci a zvládnutí, což může vést ke zlepšení celkové situace v práci.

3.2.1 Stres

Jednou z definic stresu je například ta, že *“Stres je nespecifická obranná reakce organismu na jakýkoliv požadavek, kterým byl organismus zatížen.”* Celkově je vnímán jako negativní jev představující obrovskou zátěž pro organismus a odrážející se ve fyzické, psychické a sociální rovině. (Venglářová, 2011, s. 47-48)

Pojetí stresu dle R. S. Lazaruse vedlo k rozlišení stresu, který nám dodává energii a může poskytovat pozitivní emotivní zážitek, a naopak negativně prožívaného stresu. Na základě toho byly zavedeny dvě důležité formy stresu.

Distres, známý také jako negativní stres, představuje zátěž, která často přesahuje schopnosti jedince ji zvládnout a dlouhodobě může vést k opotřebení organismu. Je spojen s různými situacemi a může se projevovat jako chronický stav. Naopak, pozitivní stres, nazývaný **eustres**, má pozitivní vliv na aktivitu a výkon jedince, stejně jako na jeho celkový vývoj a stav organismu. Je spojen s pozitivními emocemi. (Paulík, 2017)

Armstrong (2015) identifikoval čtyři hlavní důvody, proč by měly organizace věnovat pozornost stresu na pracovišti a přijímat opatření k jeho snižování.

- Organizace mají etickou povinnost zajistit optimální úroveň kvality pracovního života pro své zaměstnance.
- Příčinou zdravotních problémů může být nadměrný stres, který je spojen s výkonem povolání.
- Stres může vést k tomu, že se člověk nedokáže vypořádat s pracovními nároky, což může způsobit ještě větší stres.
- Výkon celé organizace může být ohrožen v důsledku snížené efektivity a kvality práce zaměstnance způsobené nadměrným stresem. (Armstrong, 2015)

Stresory

V dnešní době je život více prostoupen stresovými faktory než kdy předtím. Hlavními zdroji stresu jsou faktory nazývané stresory. Mezi stresové faktory patří například také výzvy spojené s profesním uplatněním, jako je riziko nezaměstnanosti, nutnost rekvalifikace, přepracovanost a workoholismus. (Hamplová, 2019)

Kožinová (2022) uvádí rozdělení stresorů na vnitřní a vnější.

Externí stresory jsou spojeny s událostmi a situacemi z vnějšího prostředí, které mohou být překvapivé či nečekané a často nás vytrhnou z běžných aktivit. V nemocničním prostředí se může jednat o náhlou smrt pacienta, nečekaný příjem nového pacienta na oddělení nebo kontrolní audit. Naopak **interní stresory** se týkají našich vnitřních procesů a myšlenek, jako jsou vnitřní konflikty, hodnotové střety a zdravotní problémy. Může se jednat o konflikty mezi zaměstnanci, ale také o konflikty s pacienty. Tyto faktory mohou být zdrojem zvýšené psychické zátěže a přispět k prožívání stresu. Je důležité rozlišovat mezi těmito dvěma typy stresorů a uvědomit si jejich vliv na naše fyziologické a psychické blaho. (Kožinová, 2022)

Projevy stresu

Stres mohou dle Dutkové (2023) provázet následující symptomy.

- Tělesné projevy: Bolesti svalů a zad, trávicí potíže, ztráta chuti k jídlu, sexuální dysfunkce, migrény, srdeční arytmie, oslabení imunitního systému nebo častá nemocnost.
- Duševní projevy: Nepokoj, úzkost, rozptýlenost, nedostatek soustředění a paměťové potíže, poruchy spánku, oscilace nálad, podrážděnost, nerozhodnost a únava.
- Mezilidské vztahy: Skryté či otevřené konflikty v rodině, nedostatek empatie, nedostatečná komunikace, nevyřešené konflikty, zvýšené riziko rozvodů, ztráta sociálního okruhu, zanedbávání rodinných členů, ale také konflikty v pracovním týmu.
- Pracovní aspekty: Snížená produktivita, pokles sebevědomí a pracovního výkonu, apatie, opomenutí pracovních povinností, potíže v týmové spolupráci. (Dutková, 2023)

Individuální reakce na stres a jeho hodnocení jsou odrazem osobních hodnot každého jednotlivce. Stres často vzniká způsobem, jakým vnímáme a hodnotíme různé podněty a jak na ně reagujeme. Je tedy klíčové uvědomit si, že můžeme ovlivnit svůj přístup k jednotlivým situacím a zvolit konstruktivní strategie pro jejich zvládnutí. (Kožinová, 2022)

Psychologové Rahe a Holmes vytvořili v roce 1967 škálu stresových událostí na základě svých výzkumů. (viz příloha A) Tato škála, známá jako Rahe-Holmesova škála, hierarchicky řadí stresové události od nejtěžších po nejllehčí. V této škále jsou zahrnuty jak negativní události, jako je úmrtí blízké osoby nebo rozvod, tak i pozitivní události, například sňatek nebo narození dítěte. Škála slouží jako nástroj pro měření a porovnání úrovně stresu vyvolané různými událostmi v životě jedince. (Kožíňová, 2022)

3.2.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je stav, který úzce souvisí se stresem a vzniká často z velkého nadšení a touhy plně se věnovat činnosti, která nás baví, pomoci druhým. V počáteční fázi se zdravotníci cítí motivováni a poháněni snahou dělat věci co nejlépe. Avšak s postupem času se mohou ocitnout v situaci, kdy si uvědomí, že není možné vždy zvládnout vše a dosáhnout nejlepších výsledků jakých by chtěli. Tento nápor a náročnost práce může vyústit v chronický a dlouhodobý stres. Dlouhodobý stres může vést k syndromu vyhoření, který se projevuje emočním vyčerpáním, degradací pracovního výkonu a postupným vzdalováním se k práci a ostatním lidem. (Kožíňová, 2022)

Mezi časté symptomy syndromu vyhoření patří opakované bolesti hlavy, problémy se spánkem, napětí svalů, chronická fyzická vyčerpanost, srdeční palpitace, změny chuti k jídlu, podrážděnost, ale také nervozita, pocit neschopnosti zvládat běžné úkoly, pocit beznaděje, neúčinnosti, a zvýšená náchylnost k onemocnění. (Dostálová, 2016) Zdravotník se postupně stává stále více nespokojeným, projevuje nižší výkonnost a zájem o pacienty. To vše může mít dopad na kvalitu poskytovaných služeb a vést až k iatrogennímu poškození pacienta. (Andršová, 2012)

3.2.3 Únava ze soucitu

Syndrom vyhoření je významným jevem, který může postihnout jedince v různých profesních oblastech, zatímco únava ze soucitu je typická pro pracovníky působící v pomáhajících profesích, taktéž i pro zdravotní pracovníky, kteří mají přímý kontakt s lidmi. Únavu ze soucitu obvykle prožívají jedinci s vysokou mírou senzitivity a empatie. Její růst probíhá postupně a sčítá se v průběhu času. Rozdíl mezi nezdravou péčí o druhé, která vede k rozvoji únavy ze soucitu, a zdravou péčí, která přináší pocit uspokojení a naplnění, spočívá v tom, že pracovník je schopen identifikovat, co přesně obnovuje jeho psychické, fyzické a duchovní zdroje. (Pešek, 2020)

Pacienti, zejména ti, kteří jsou ve spojení s profesemi orientovanými na péči, jako je zdravotnický personál, očekávají, že jejich poskytovatelé péče projeví osobní zájem a lidskost. Jejich touha není být pouze objektem pomoci, nýbrž chtějí být vnímáni jako přátelé, blízcí lidé, kteří mají možnost sdílet soucítění. (Dutková, 2023)

Pokud nejsou zdravotníci schopni sami přijmout své vnitřní potřeby a místo toho je potlačují, mohou začít pociťovat netrpělivost vůči ostatním spolupracovníkům a jejich chybám. Tím může klesat i jejich respekt při celkové péči a komunikaci k pacientům. Takové chování často vede k pocitu vyčerpání ze soucitu. (Rohwetter, 2022) Únava vyplývající ze soucitu může postihnout nejen jednotlivce, ale také část nebo dokonce celý tým ošetřovatelů v různých oblastech lékařství, což má značný vliv na kvalitu péče poskytované pacientům. (Bartůněk, Ptáček, 2023)

3.3 Zvládání zátěžových situací, obranné mechanismy

V případě, že se například v práci nebo vztazích zabýváme tíhou druhých (emočně se vydáváme), je nutné mít nějaké vlastní zdroje, jak energii můžeme zpětně doplnit. Jedná se o chvíle, kdy cítíme klid, porozumění, spokojenost, lásku a štěstí. Mnohdy musíme tyto situace aktivně vyhledávat a pokoušet se je rozvíjet. (Hájek, 2012)

Mezi časté obranné mechanismy se zařazuje potlačení a vytěsnění, při nichž jsou nepříjemné myšlenky, pocity, touhy nebo fantazie odstraněny z vědomého myšlení a uchovány v podvědomí. Tím se jedinec snaží minimalizovat jejich vliv a nezatížit svou vědomou mysl. (Urban, 2023)

Přirozenými reakcemi organismu na stres, jako ohrožení organismu, jsou v literatuře uváděny reakce formou útoku a úniku:

- **Strategie útoku** se může projevovat různými způsoby. Jedním z nich je přímý verbální či fyzický útok na zdroj nepříjemnosti nebo na někoho jiného, jako je například pacient, rodina nebo kolegové. Další formou může být obrana vlastních pocitů nebo útok na sebe samého, což může zahrnovat sebeobviňování, sebepoškozování nebo dokonce myšlenky na sebevraždu.
- **Strategie úniku** může zahrnovat pokus o fyzický odchod z nepříjemné situace, odmítnutí se jí účastnit nebo přenesení odpovědnosti na jinou osobu. Může se také projevit rezignací na řešení problému a akceptací situace tak, jak je, bez další snahy o změnu. (Vágnerová, 2008)

Jistou formou úniku jsou také psychické obranné mechanismy, jako například:

- **Regrese** je návrat k dřívějším fázím vývoje psychiky a předchozímu způsobu fungování. Tím se jedinec vyhne úzkosti spojené s posunem vpřed, avšak může být nucen znovu prožívat úzkost odpovídající předchozím stádiím, ke kterým se vrátil.
- **Vytěsnění** je proces, během kterého se nepřijatelný pudový impuls nebo myšlenka stávají nevědomými. Tento mechanismus vzniká, když by uspokojení pudu mohlo přinést slast, ale zároveň by mohlo vyvolat utrpení kvůli jiným povinnostem.
- **Racionalizace** je, když si lidé vysvětlují své činy tak, aby zněly rozumně, i když skutečné důvody zůstávají skryty. Tímto způsobem si jedinec může zdůvodnit své chování, aniž by si uvědomil, co ho skutečně motivovalo.
- **Identifikace s agresorem** je proces, při kterém se jedinec setkává s vnějším nebezpečím a začíná se identifikovat s tím, kdo je agresorem. To může zahrnovat přijetí agresivity jako součásti sebe sama nebo napodobení fyzických nebo morálních vlastností agresora či přijetí symbolů jeho moci.
- **Izolace** je způsob, jakým se subjekt snaží oddělit určité události od ostatních zážitků, aby je nepropojil s celkovým významem svých prožitků. Při tomto obranném mechanismu se emoce spojené s událostí nezapomínají, ale ztrácejí na intenzitě. (Cipro, 2015)

Další možností, jak se vyrovnat se stresovými situacemi a zátěží, jsou copingové strategie.

Často se užívá termín **coping** k popisu způsobu, jakým jedinec zvládá požadavky, které přesahují jeho běžné schopnosti adaptace nebo které nedostatečně využívá. (Paulík, 2017) Tato strategie vyžaduje uvědomělé rozhodnutí, které je ovlivněno správným zhodnocením dané situace a posouzením vlastních schopností a zdrojů. Jedinec se soustředí na dosažení konkrétního cíle, kterým je buď pozitivní změna situace nebo adaptace a akceptace toho, co nelze změnit. Coping je tedy aktivní proces, který umožňuje jednotlivci efektivně reagovat na stresory a vyrovnávat se s nimi s ohledem na své osobní zdroje a schopnosti. (Hauke, 2014)

Coping může být **zaměřený na řešení problému**, což předpokládá víru jedince v jeho schopnost efektivně se vypořádat se situací a dosáhnout stanoveného cíle. Aby tato strategie byla efektivní, je důležitá podpora ze strany rodiny či pracovního prostředí a ocenění úsilí jedince v hledání řešení například ze strany nadřízeného nebo vedení organizace. Proto hraje důležitou roli management daného zdravotnického zařízení, do jaké míry je schopný své zaměstnance podporovat. (Hauke, 2014)

Druhou možností je **coping zaměřený na udržení subjektivní pohody**, který klade důraz na udržení psychické rovnováhy a minimalizaci negativních emocionálních projevů. Tato strategie vychází z přesvědčení, že některé problémy nelze aktivně jiným způsobem řešit, a proto je nezbytné se s nimi smířit a adaptovat se na ně. Může se jednat o zavedení nových pracovních postupů, se kterými zaměstnanec nesouzní. (Hauke, 2014)

Spojení se se svými skutečnými potřebami a porozumění svým emocím může vést k větší autenticitě a harmonii v životě. Znalost vlastních potřeb a emocí umožňuje jedinci lépe porozumět sobě samému, svým cílům a hodnotám. Může mu přinést zlepšení pracovních i rodinných vztahů. (Dutková, 2023)

3.4 Role managementu v kontextu pracovní zátěže

Každé zdravotnické zařízení potřebuje zaměstnance s vysokým stupněm znalostí, schopností a dovedností. Strategické kroky směřující k uspokojení této potřeby jsou řízeny tak, že vycházejí z poznání strategických požadavků a podporují dosahování strategických cílů dané organizace. (Armstrong, 2015) Rozvoj a podpora týmové práce je jedním z důležitých prvků managementu pro předcházení syndromu vyhoření v organizaci. (Vévoda, 2013)

Tvorba dobré pracovní atmosféry je jednou ze stěžejních podmínek úspěchu organizace. Proto by měl management nahlížet na ošetrovatelský personál jako na nejdůležitější složku a investici, zajímat se o jejich problémy, potřeby a zájmy a kterou je nutné pravidelně podporovat. Díky tomu personál nemusí v důsledku syndromu vyhoření ztrácet výkonnost a sebedůvěru ve své práci a bude nadále kvalitně poskytovat péči svým pacientům. (Bartošíková, 2006) Stále větší pozornost je věnována snaze vytvořit prostředí, které minimalizuje fluktuaci zdravotnických pracovníků a předchází tak problémům vyplývajícím z nedostatku personálu. (Vévoda, 2013)

Linioví manažeři hrají centrální úlohu při zvyšování angažovanosti zaměstnanců v práci. Implementují opatření v klíčových oblastech jako je rozvojové a vzdělávací plánování, řízení pracovního výkonu a systémy odměňování. Manažeři by měli být povinni zajistit prevenci vyhoření tým, že zaměstnanci nebudou vystavováni nadměrnému tlaku, poskytnou jim odpovídající podporu v případě potřeby a jasně jim sdělí, jaké jsou jejich možnosti využití dostupných zdrojů, včetně jejich vlastních schopností. (Armstrong, 2015)

Jako jednu ze základních forem podpory personálu ze strany managementu je považováno možné zavedení pravidelné supervize na daném oddělení. Ať by se jednalo o skupinovou supervizi, kdy by si mohl ošetrovatelský personál z různých oddělení vzájemně pohovořit o problémech, které se objevují na jejich odděleních. Nebo supervizi týmovou, která by mohla být nápomocná při řešení problémů v konkrétním týmu na daném oddělení. Proto se další část práce podrobněji věnuje tématu supervize.

4 SUPERVIZE

Supervize se za posledních několik let stala stále více používaným a skloňovaným tématem. Našla si své místo nejen v pomáhajících profesích, zdravotnických zařízeních, ale také například ve školství i managementu. Definicí supervize najdeme v odborné literatuře mnoho. Například definice, která říká, že „*Možnost supervize začíná tehdy, když nad vlastním vztahem ke klientovi umístíme otazník.*“ (Kopřiva, 2011, s. 33)

V průběhu své praxe se každý zdravotnický pracovník setkal s pacientem, kdy měl pochybnosti ohledně správnosti svého postupu. Tato část práce pojednává nejen o základní definici supervize, ale také o jejích funkcích, formách a procesu její realizace.

4.1 Definice a cíle supervize

Supervize je pojmem odvozeným z anglického slova supervision, a ten z latinského slova *super* – nad a *videre* – hledět, vidět. Původně v angličtině tento pojem označoval dohlížení jedné osoby na druhou při vykonávání úkolu. (Havrdová, 2008, s. 17) Oldřich Matoušek ve své knize *Metody a řízení sociální práce* (2013, s. 349) uvádí, že: „*Supervize je celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí.*“

Často se můžeme setkat s tvrzením, že se jedná jen o kontrolu. Toto tvrzení se snažíme maximálně vyvrátit. Supervize nepředstavuje formu kontroly, i když samotný termín může na tento proces odkazovat. Taktéž není pouhou prodlouženou rukou ani nástrojem pro řízení organizace. Hlavním cílem supervize je dosažení pracovní spokojenosti, zlepšení kvality a efektivity práce a prevence profesního vyhoření. Paralelně může sloužit jako model pro učení. (Fabián, 2021)

Dle Hawkinse a Shoheta (2004) mezi cíle supervize patří zejména:

- motivace a povzbuzení k další práci,
- nalezení nových přístupů, případně i poučení,
- pomoc nahlížet na případy z alternativní perspektivy,
- poskytování podpory v situacích profesní nejistoty,
- zvýšení odolnosti proti stresu a pracovnímu vyhoření,
- hodnocení a kontrola profesionality, přesněji kvality a etiky práce,
- kvalitnější využití odborných a osobních zdrojů. (Hawkins, Shohet, 2004)

4.2 Funkce supervize

Kadushin (in Hawkins, Shohet, 2004, s. 60) uvádí rozdělení funkcí supervize následovně.

1. **Podpůrná** (restorativní) supervize, prostor k otevřenému vyjádření svých potřeb, dojmů a postojů, poskytuje důležitou možnost pro aktivní komunikaci a sdílení v pracovním prostředí. Slouží jako prevence syndromu vyhoření a naplňuje potřebu bezpečného sejmутí zátěže, která vzniká při práci s pacienty. Horák (2022) ve své knize také uvádí, že při kvalitní supervizi si často supervidovaní uvědomí, že na ni nechodí kvůli radě či posouzení určitého případu, ale především pro sdílení a podporu.
2. **Vzdělávací** (formativní) supervize, která se zaměřuje na rozvoj schopností supervidovaných a porozumění jejich schopnostem. Pochopení, jak probíhají interakce mezi jejich osobou a pacientem, pátrání po dalších způsobech práce v různých situacích při práci s pacienty. (Havrdová, 2008)
3. **Řídící** supervize má za cíl pomáhat pracovníkům najít efektivní metody péče. I když pracovníci nesou osobní odpovědnost za výsledky své práce, supervizor může hrát roli v kontrole a zajištění kvality. Zvláště u nováčků je řídicí supervize důležitou součástí procesu začleňování do profese. (Venglářová, 2013)

4.3 Formy supervize

Rozmanité formy supervize mohou být flexibilně upravovány v souladu s aktuálními potřebami a situací v organizaci, kde je aplikována. Existuje široká škála druhů a stylů supervize a lze na ni pohlížet z různých perspektiv, jako je například způsob realizace, počet účastníků nebo její účel.

Podle autority, která supervizi provádí ji (Kalina, 2004) rozděluje na interní a externí.

- **Interní supervizi**, jež je prováděna interním pracovníkem organizace. Může to být jeden kmenový zaměstnanec nebo se střídá s jinými zaměstnanci. (Jeklová, 2007) Ve zdravotnictví se může jednat o vrchní sestru oddělení, manažera kvality nebo náměstkyni/náměstka pro ošetrovatelskou péči.

Mezi kladné stránky této supervize patří především dobrá znalost organizace a pracovníků v ní působících. Nevýhodou naopak může být, že probíraný problém se může týkat samotného supervizora. (Kalina, 2004) V případě, že se interní supervizor pokouší řešit konflikty v týmu, může to vést k celkové ztrátě důvěry ostatních členů týmu. Z tohoto důvodu se týmová supervize v interním prostředí jeví jako zcela nevhodná. (Horák, 2022)

- **Externí supervizi**, která preferuje takové uspořádání supervize, kde supervizor není pracovníkem v dané organizaci, je to někdo z venčí. Je zde velmi důležité, co supervizor zná a ovládá, od toho se odvíjí jeho autorita. (Kalina, 2004)

Vzhledem k povaze supervize ve zdravotnickém prostředí je vhodné, aby měl supervizor základní znalosti v oblasti zdravotnictví. Další specifické osobnostní charakteristiky kvalitního supervizora budou podrobněji popsány v další části práce.

Podle počtu supervidovaných je možné rozdělit supervizi na:

- **Individuální supervizi**, která spočívá v kontaktu supervizora jen s jedním pracovníkem. Přínosem je plná péče věnovaná individuálně jednomu pracovníkovi. (Matoušek, 2013) Havrdová (2008) rovněž zdůrazňuje, že slouží k udržení adekvátní motivace zaměstnanců a naplňování jejich potřeb souvisejících s pracovním prostředím. Individuální supervize je navíc velmi nákladná, aby mohla být poskytnuta každému zaměstnanci daného zdravotnického zařízení.
- **Skupinová supervize** je setkání pracovníků, které slouží k diskusi o práci a pacientech, jejím cílem je profesionální rozvoj a získávání nových dovedností. Účastníci, kteří mají podobnou náplň práce, se zde mohou bez obav ze vztahů nadřízenosti a podřízenosti zapojit do inspirativních diskuzí a získat nové pohledy na péči o nemocné. Skupinová supervize tak poskytuje prostor pro otevřenou výměnu názorů a přístupů mezi kolegy. (Venglářová, 2013)
- **Týmová supervize** je proces, který se odehrává za přítomnosti supervizora a členů daného týmu. Na rozdíl od individuální supervize, která je zaměřena převážně na individuální potřeby jednotlivých účastníků, týmová supervize se soustředí na fungování týmu jako celku. Je zásadní, aby se týmových supervizí účastnili všichni členové týmu, aby mohli aktivně přispět k diskusi a sdílet své pohledy a zkušenosti. (Horák, 2022)

V rámci zdravotnického zařízení, konkrétně na určitém oddělení s nepřetržitým provozem, se často setkáváme s výzvou, která je velká a prakticky neřešitelná: shromáždění všech členů týmu současně, kdy je toto v rámci správně provedené supervize nejdůležitější.

Přestože existuje velký výběr forem supervize, je důležité ji skloubit s časovými možnostmi, které jsou vždy s účelem spojeny. Ideální je, když je supervize pravidelná a součástí průběžného zlepšování kvality práce. U mimořádně náročných případů je naopak vhodná supervize příležitostná nebo krizová. (Havrdová, 2008)

4.4 Proces supervize

Samotný proces supervize je vždy individuálním postupem stávajícím se z metody provádění supervize daného supervizora, konkrétními projevy a potřebami týmu a aktuálními tématy supervizního setkání. Nicméně tento proces lze zjednodušit do tří fází: příprava, realizace a evaluace. Klíčovým pravidlem pro průběh supervize je princip důvěrnosti, týkající se obsahu diskusí v rámci supervize. Pokud je tento princip dodržován, vytváří bezpečné prostředí pro prozkoumávání témat a jejich řešení. (Horák, 2022)

Při uzavírání smlouvy je dle Hawkinse a Shoheta (2004) potřeba pokrýt následujících 5 oblastí.

- Praktické aspekty – ve smlouvě je nutné jednoznačně specifikovat praktické detaily, jako je lokalita, časový harmonogram, četnost setkání a objasnění možných finančních transakcí.
- Hranice – jejichž primárním účelem je minimalizovat potenciální obavy nových supervizorů i příjemců supervize a jasně vymezit rozdíl mezi supervizí, terapií a poradenstvím.
- Formát setkání – zde se zvažuje, zda bude analyzován jeden nebo více konkrétních případů.
- Pracovní spojení – přičemž součástí toho je vzájemná výměna očekávání a představ ohledně toho, jakým způsobem bude supervize prováděna na daném pracovišti.
- Organizační a odborný kontext – některé organizace již mají vypracované vlastní směrnice pro supervizi, ve kterých je specifikováno, co konkrétně se od supervize v dané organizaci očekává. (Hawkins, Shohet 2004)

Dodržování stanovené zakázky přispívá k vzájemné důvěře v týmu. Na závěr každého supervizního setkání se obvykle věnuje čas reflexi celkového průběhu. Supervizovaní by měli sdělit své postřehy, které zaznamenali během supervize a zhodnotit, co jim přinesla či nepřinesla. Mohou navrhnout další témata, kterým by se mohli věnovat na některém z budoucích setkání. (Hawkins, Shohet, 2004)

Časová náročnost

Aby byla supervize skutečně efektivní a vysoce kvalitní, je nezbytné, aby probíhala pravidelně a měla dostatečný časový rámec. Zaměstnavatel by měl zajistit, že zaměstnanci mají přístup k supervizi nejen prostřednictvím smlouvy se supervizorem, ale také tím, že čas vyhrazený pro supervizi je zahrnut do pracovního plánu zaměstnance. Dostatečná časová rezerva je klíčová jak pro přípravu, průběh, tak i pro následné zhodnocení supervize. (Horák, 2022) Pravidelná supervizní setkání, která se konají obvykle 6 - 8krát ročně, jsou považována za nejefektivnější. V praxi se často stává, že počet setkání je podhodnocen, a často slouží spíše jako formální povinnost než jako skutečná supervize. (Venglářová, 2013)

4.5 Osobnost Supervizora

Kvalitní supervizor se stará o to, aby veškerý proces supervize odpovídal potřebám supervidovaných a zohledňoval jejich jedinečný způsob učení. (Fabián, 2021)

Supervizor musí nejen disponovat znalostmi, ale také schopnostmi, protože jeho role bývá často vzorem pro ostatní pracovníky. Jeho kompetence v oblasti supervize mohou být častým zdrojem inspirace pro práci s pacienty i spolupráci s kolegy. (Horák, 2022) Mezi základní vlastnosti dobrého supervizora patří také schopnost aktivně si zařídit dobrou supervizi sám pro sebe, jelikož sám dobře chápe její důležitost. Supervizor by se měl umět oprostít od vlastních názorů, pocitů a předsudků. (Hawkins, Shohet, 2004) Matoušek se ve své knize *Metody a řízení sociální práce* zaměřuje na důležitost osobních vlastností supervizora, jako jsou například světonázorová orientace, čínorodost a celkový přehled. V supervizi by měl být nevtíravý, iniciativně se připravovat na přednášky, neměl by být rasista a tolerantní ke konstruktivní kritice. (Matoušek, 2013)

Dalším zajímavým aspektem osobní kvality supervizora je otázka jeho ideálního věku. Některé programy supervizního výcviku již tento faktor zohledňují například tím, že vyžadují minimální věk 40 let nebo určitou délku praxe v oblasti sociálních služeb jako podmínku pro přijetí do výcviku. Je však důležité si uvědomit, že věk sám o sobě není spolehlivým ukazatelem kvality supervizora ani jeho schopnosti navázat vhodný vztah s týmem. (Horák, 2022)

4.6 Zavedení supervize do organizace

Zdravotničtí pracovníci se setkávají s rozmanitým spektrem pacientů, kteří vyžadují odbornou péči. Setkávají se také s jejich s rodinnými příslušníky, kteří často prožívají nemoci a problémy stejně intenzivně jako samotní pacienti. Zdravotníci rovněž spolupracují i s profesionály z jiných oborů, se kterými se potřebují domluvit. Supervize může efektivně intervenovat v těchto oblastech a zlepšovat profesionální standardy zdravotnických pracovníků. (Venglářová, 2011)

Pro úspěšné zavedení supervize v organizaci je klíčové splnění určitých podmínek, z nichž jsou nejdůležitější důvěra vůči samotné supervizi a vybranému supervizorovi, stejně jako dostatečná informovanost na všech úrovních organizace. Zásadním předpokladem je organizační kultura podporující koncept tzv. „učící se organizace“, která je charakterizována otevřeným přístupem ke vzdělávání a ochotou pracovníků přijímat nové postupy. To vše spadá do strategického řízení organizace, tedy vrcholového managementu. (Havrdová, 2008; Hawkins, Shohet, 2004)

Pokud se organizace rozhodne a chtěla by supervizi ve své organizaci zavést, je nutné zvážit, zda si organizace vybere externího nebo interního supervizora především na základě toho, jaký typ supervize bude pro ně nejvhodnější. Před zaváděním supervize do organizace je důležité získat náhled do postojů a názorů zaměstnanců k této problematice. Důkladné seznámení zaměstnanců s konceptem supervize, diskuze o jejich přínosech pro organizaci a respektování jejich obav. I přes realizaci těchto kroků nelze předpokládat, že všichni zaměstnanci automaticky supervizi přijmou. (Michková, 2008)

Na základě všech uvedených informací, které byly čerpány z odborných publikací, bylo rozhodnuto vypracovat průzkumnou část s cílem lépe porozumět postojům a názorům zaměstnanců k problematice případného zavedení supervize do organizace. Cílem je získat informace o jejich pohledu na supervizi, případných zkušenostech s ní a jejich očekávání ohledně této nové iniciativy. Tento přístup má za cíl přispět a zohlednit potřeby a obavy zaměstnanců.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Cílem průzkumné části bylo zhodnotit subjektivní prožívání situací s vysokou zátěží u personálu nemocnice. Následně analyzovat rozdíly v těchto zátěžových problémech mezi pracovníky na oddělení chirurgie a oddělení léčebny dlouhodobě nemocných. V následujícím textu bude používána pro toto oddělení nemocnice zkratka LDN. Dále se průzkum zaměřuje na hodnocení možného přínosu supervize jako podpůrného nástroje pro zvládnutí těchto zátěžových situací ze strany zdravotnického personálu a na identifikaci preferovaných forem supervize.

5 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Průzkumná část práce se zaměřuje na kvantitativní průzkum, který byl prováděn ve spolupráci se zdravotnickým zařízením za souhlasu vedení jednotlivých oddělení. Dotazování probíhalo formou dotazníkového šetření v malé okresní nemocnici, která má zhruba 700 zaměstnanců a následné vyhodnocení bylo provedeno za pomoci statistického programu.

5.1 Cíle práce a průzkumné otázky

Před začátkem průzkumu, na základě studia odborné literatury, byly stanoveny cíle práce.

Průzkumné cíle

- Zjistit, jak subjektivně zdravotnický personál vnímá psychickou zátěž a zátěžové situace, se kterými se může ve své práci setkat.
- Získat informace, jak respondenti subjektivně hodnotí zavedení supervize jako pomoci při zvládnutí psychické zátěže

Průzkumné otázky

- Jak zdravotnický personál subjektivně vnímá psychickou zátěž a zátěžové situace, se kterými se může ve své práci setkat?
- Jak respondenti subjektivně hodnotí zavedení supervize jako pomoci při zvládnutí psychické zátěže?

5.2 Použité metody průzkumu

K naplnění průzkumného cíle byla zvolena kvantitativní metoda průzkumu. Ke sběru dat byla využita technika dotazníku a data byla zpracována s využitím popisné statistiky.

Metoda kvantitativního výzkumu se zabývá odpovědí na otázku "kolik". Identifikuje počet jednotlivců s určitým chováním nebo určitým postojem. Data kvantitativní povahy mohou vzniknout prostřednictvím dotazování respondentů. Všechna získaná data jsou schopná statistického zpracování a analýzy. Výstupem kvantitativního výzkumu jsou typicky tabulky a grafy, které jsou založené na statistické interpretaci. (Tahal, 2022)

5.2.1 Sběr dat

Žádost o provedení průzkumu byla předložena náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, která průzkumné šetření podpořila. Navíc byla zjištěna informace, že na oslovených odděleních supervize neprobíhá. Po vzájemné dohodě bylo rozhodnuto, že šetření zůstane anonymní a nebude zveřejněno jméno zdravotnického zařízení, ve kterém průzkum probíhal. Na základě těchto informací byl sestaven dotazník (viz příloha B) a distribuován osloveným respondentům.

5.2.2 Dotazníková metoda

Jako technika sběru dat byla zvolena forma dotazníkového šetření přihlížejíc k rozsahu zkoumaného souboru.

Dotazník je často využívaným prostředkem pro shromažďování dat. Dotazování je možné provádět relativně jednoduše, aniž by byla potřeba specializovaná technika nebo například laboratoř. Při tvorbě a realizaci dotazníku je však nezbytné dodržet určitá pravidla.

- Dotazování by mělo směřovat pouze k informacím, které jsou skutečně potřebné.
- Vyvarovat se nadbytečných otázek, jež nebudou v průběhu vyhodnocování využity.
- Dotazník by měl být sestaven tak, aby v respondentovi vyvolal zájem k odpovídání.
- Klíčovým faktorem jsou jasně formulované, stručné a srozumitelné otázky.

(Tahal, 2022)

Vytištěné dotazníky byly rozdány na jednotlivá oddělení nemocnice a staniční sestry byly požádány

o spolupráci při získávání vyplněných dotazníků od personálu na těchto odděleních. S cílem zabezpečit anonymitu vyplněných dotazníků byla implementována opatření, která zahrnovala distribuci jedné upravené sběrné krabice na každé oddělení. Tyto krabice byly upraveny tak, aby poskytovaly pouze otvor určený pro vkládání vyplněných dotazníků. Po uplynutí lhůty pro vyplnění byly krabice otevřeny a dotazníky podrobeny vyhodnocení.

Šetření bylo realizováno v období ledna až února 2024. Dotazník byl sestaven na základě studia literárních zdrojů zabývajících se zátěžovými situacemi, se kterými se zdravotnický personál nejčastěji setkává, a metodami podpory ze strany managementu s důrazem kladeným na supervizi. Respondenti byli v úvodu dotazníku seznámeni s tématem diplomové práce a byli ujištěni o zachování anonymity jejich odpovědí. Sestavený dotazník obsahoval standardizovanou část využívající Meisterův dotazník, který bude blíže popsán v následující kapitole, a nestandardizovanou část vlastního zpracování. Nestandardizovaná část se skládala z celkem 21 otázek. Z toho 16 otázek bylo uzavřeného typu, a čtyři otázky byly otevřeného typu, kde respondenti měli možnost vyjádřit svou odpověď vlastními slovy. Do dotazníku byla zařazena jedna polouzavřená otázka, do které měli respondenti možnost doplnit další informace nebo rozvést svou odpověď.

Celkem bylo distribuováno 90 dotazníků, z nichž každé oddělení obdrželo 45 kusů. Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné a po jejich vyplnění je respondenti odevzdávali do upravené sběrné krabice. Celkem bylo vráceno 75 vyplněných dotazníků, ale 2 z nich byly vyřazeny z důvodu nekompletního vyplnění. Skutečná návratnost dotazníků dosáhla 81 %, což představuje velmi dobrý výsledek, zejména s ohledem na pracovní vytíženost oslovených respondentů.

5.2.3 Meisterův dotazník

Meisterův dotazník (v popisu tabulek uvedena zkratka MD) slouží k analýze vlivů pracovní zátěže na psychický stav pracovníků. (viz příloha B) Vyhodnocení tohoto dotazníku je součástí interpretace získaných výsledků.

Metoda Meisterova dotazníku je používána k analýze vlivů pracovní zátěže na psychický stav pracovníků. Tento přístup se zaměřuje na vnímání pracovní zátěže ze strany jednotlivých pracovníků během jejich pracovních aktivit. Dotazník vytvořený W. Meisterem ze Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin v Berlíně v roce 1975 prošel ověřením v letech 1976 až 1984 hygienickou službou. (Hladký, Židková, 1999)

Dotazník se skládá z 10 otázek, které respondenti hodnotí na škále s pěti body, přičemž odpovědi se pohybují od 1 (naprosto nesouhlasím) po 5 (plně souhlasím). Jeho účelem je identifikovat faktory pracovní zátěže a vyhodnotit jejich intenzitu v rámci tří různých úrovní. (Hladký, Židková, 1999) Data jsou následně zpracována s ohledem na jednotlivé otázky a vyhodnocené faktory, přičemž je nakonec provedena závěrečná klasifikace psychické zátěže. Kritické hodnoty mediánů faktorů i jednotlivých otázek jsou stanoveny pro standardizovaný dotazník. V případě, že zhodnocené výsledky dosáhnou nebo překročí tyto kritické hodnoty, lze konstatovat nadměrnou psychickou zátěž pracovníků. (Židková, 2013)

5.2.4 Předvýzkum

Pro dosažení spolehlivých výsledků byl nejprve proveden předvýzkum. Sestavený dotazník obsahoval 21 otázek a byl distribuován třem sestřám, čtyřem ošetřovatelkám a dvěma sanitářům na oddělení infekčních nemocí. Tento předvýzkum proběhl v prosinci roku 2023. Účelem předvýzkumu bylo ověřit srozumitelnost dotazníku. Respondenti měli možnost vyjádřit svůj názor na zadání dotazníku, strukturu otázek, délku vyplňování a další aspekty. Konkrétně otázka číslo 8 se ukázala jako nesrozumitelná pro respondenty, a proto byla opravena. Ostatní otázky dotazníku byly přijaty pozitivně a zůstaly ponechány v původním znění. Délka potřebná k vyplnění byla hodnocena za adekvátní k danému tématu práce. Data z těchto devíti dotazníků nebyla vyhodnocována a zařazena do průzkumu.

5.2.5 Zpracování získaných dat

Analýza výsledků práce proběhla pomocí softwarového balíku Microsoft Office Excel, který umožnil vytvoření grafů a tabulek znázorňujících relativní i absolutní četnosti. Textová část práce byla dále zpracována v aplikaci Microsoft Office Word, kde byla prezentována podrobná interpretace získaných dat a výsledků. Kromě toho byl využit software Statistica pro provádění statistických analýz, což umožnilo hlubší porozumění dat a identifikaci případných trendů či vztahů mezi zvolenými proměnnými. Celkově tyto nástroje poskytly komplexní prostředí pro analýzu a prezentaci dat v rámci práce.

Data jsou zpracována a prezentována pomocí grafů a tabulek. Grafy výsečového, sloupcového a pruhového typu jsou použity pro vizualizaci. Tabulky obsahují absolutní a relativní četnosti, které jsou získány pomocí popisné statistiky. Absolutní četnost (n) udává počet respondentů, zatímco relativní četnost (%) vyjadřuje výsledky dat v procentech podle vzorce:

$$f_i = \frac{f_i}{n_i} \cdot 100 \%$$

- podíl relativní a absolutní četnosti.

Výsledky Meisterova dotazníku jsou následně prezentovány dvojím způsobem: jak podle jednotlivých otázek, tak podle faktorů. Hodnocení výsledků je provedeno pomocí aritmetických průměrů, mediánů, směrodatných odchylek, kritických hodnot a hrubého skóru. Navíc byla použita kontingenční tabulka, včetně aplikace neparametrického testu Pearsonův chi-kvadrát test, k posouzení statistické významnosti vztahů mezi proměnnými. Jejím cílem je lépe porozumět vzájemnému propojení mezi subjektivním vnímáním pracovní zátěže respondentů a ukazateli získanými z Meisterova dotazníku, a to s ohledem na překročení kritické hodnoty hrubého skóru.

5.3 Charakteristika průzkumného souboru

Součástí základní charakteristiky průzkumného vzorku bude v této kapitole přiblížení charakteristik oslovených respondentů, včetně pohlaví a věku, jejich pracovního zařazení v daném zdravotnickém zařízení, nejvyšší dosažené úrovně vzdělání, délky praxe ve zdravotnictví a oddělení, na kterém jsou zaměstnáni. Popis celkového vzorku pro analýzu byl umožněn zahrnutím otázek číslo 1-6, které jsou obsaženy v dotazníku. (viz příloha B) Nutné podotknout, že dotazník byl anonymní.

Znalost charakteristik respondentů umožňuje porovnávat jejich zkušenosti a preference s ohledem na demografické a sociodemografické pozadí. Tím je umožněno lepší porozumění způsobu, jakým určité skupiny respondentů vnímají zátěžové situace a jak mohou reagovat na různé formy podpory, jako je supervize.

Z celkového počtu 73 (100 %) oslovených respondentů se průzkumu zúčastnilo 64 (88 %) žen a 9 (12 %) mužů. Toto demografické rozložení bude dále analyzováno a diskutováno v kontextu zjištění této studie.

Na dotaz týkající se věku respondenti uvedli svůj věk v podobě konkrétního čísla. Následně byla provedena kategorizace do čtyř věkových skupin pro lepší přehlednost.

Věková struktura zaměstnanců ve zkoumaném zdravotnickém zařízení je vyvážená, s podobným počtem jedinců ve všech věkových skupinách, přičemž nejvyšší zastoupení 22 (30 %) respondentů, patří do věkové kategorie 20-29 let. Tato skupina je následována zaměstnanci ve věku 40-49 let, jejichž počet činí 20 (27 %). Další věkovou skupinou jsou respondenti ve věku 50-59 let, kterých je 16 (22 %). Nejméně zdravotnických pracovníků, konkrétně 15 (21 %), spadá do věkové kategorie 30-39 let. (viz tabulka 2) Průměrný věk všech oslovených respondentů je 39 let.

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk respondentů		
	Absolutní četnost – n	Relativní četnost (%)
20-29 let	22	30 %
30-39 let	15	21 %
40-49 let	20	27 %
50-59 let	16	22 %
Celkem	73	100 %

Osloveno bylo celkem 73 (100 %) respondentů pracujících na různých pracovních pozicích v daném zdravotnickém zařízení. Nejvíce respondentů 28 (38 %) je zaměstnáno na pozici všeobecná sestra. Druhou nejpočetnější skupinou jsou praktické sestry, které představují počet 22 (30 %) a následují zaměstnanci na pozici sanitář/ka 10 (14 %). Průzkumu se zúčastnilo pouze 7 (10 %) ošetřovatelů a ošetřovatelek. Nejméně zastoupenou skupinou jsou staniční sestry, kterých je 6 (8 %). (viz tabulka 3)

Tabulka 3 Pracovní zařazení respondentů

Pracovní zařazení respondentů		
	Absolutní četnost – n	Relativní četnost (%)
Sanitář/ka	10	14 %
Ošetřovatel/ka	7	10 %
Praktická sestra	22	30 %
Všeobecná sestra	28	38 %
Staniční sestra	6	8 %
Celkem	73	100 %

Níže uvedená tabulka číslo 4 navíc ukazuje, že v daném zdravotnickém zařízení je nejvíce zaměstnanců mužského pohlaví zaměstnaných na pozici sanitář (67 %), zatímco pouze tři z nich jsou ve funkci praktické nebo všeobecné sestry (33 %). Naopak u žen převažují pracovní pozice praktických a všeobecných sester. Následující rozdělení bude klíčové pro posouzení psychické zátěže respondentů dle pracovních pozic hodnocené Meisterovým dotazníkem.

Tabulka 4 Pracovní zařazení respondentů dle pohlaví

Pracovní zařazení respondentů dle pohlaví				
	Muži		Ženy	
	Absolutní četnost – n	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost – n	Relativní četnost (%)
Sanitář/ka	6	67 %	4	6 %
Ošetřovatel/ka	0	0 %	7	11 %
Praktická sestra	2	22 %	20	32 %
Všeobecná sestra	1	11 %	27	42 %
Staniční sestra	0	0 %	6	9 %
Celkem	9	100 %	64	100 %

Čtvrtá sekce dotazníku se věnuje analýze délky praxe oslovených respondentů v oblasti zdravotnictví. (viz tabulka 5) Nejvíce respondentů, a to 20 (27 %), uvádí rozmezí pracovní zkušenosti mezi 10 až 20 lety. Následuje skupina s kratší pracovní zkušeností do pěti let, kterou zastupuje 18 (25 %) respondentů. Mezi respondenty s pracovní zkušeností v rozmezí 20 až 30 let se nachází 15 (21 %) jedinců. Dalších 11 (15 %) respondentů patří do kategorie s pracovní zkušeností mezi 5 až 10 lety. Poslední skupinou jsou jedinci s dlouholetou pracovní zkušeností přesahující 30 let, kteří čítají 9 (12 %) respondentů. Výsledky poskytují užitečné informace o distribuci pracovních zkušeností v rámci pracovní síly.

Tabulka 5 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

Délka praxe ze zdravotnictví		
	Absolutní četnost – n	Relativní četnost (%)
Do 5 let	18	25 %
5-10 let	11	15 %
10-20 let	20	27 %
20-30 let	15	21 %
více než 30 let	9	12 %
Celkem	73	100 %

Nejvyšší dosažené vzdělání, středoškolské s maturitou má 42 respondentů, což představuje 58 % celkového počtu oslovených. Druhou nejpočetnější skupinou jsou zaměstnanci s výučním listem 16 (22 %). Vyšší odborné vzdělání má 6 (8 %) z oslovených zaměstnanců. S vysokoškolským vzděláním bakalářského typu odpovídalo na otázky 6 (8 %) respondentů a pouze 3 (4 %) s magisterským titulem. Největší podíl oslovených respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou, následované výučním listem, bakalářským a magisterským titulem. (viz tabulka 6)

Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání		
	Absolutní četnost – n	Relativní četnost (%)
Vyučen	16	22 %
Středoškolské s maturitou	42	58 %
VOŠ	6	8 %
VŠ-bakalářské	6	8 %
VŠ-magisterské	3	4 %
Celkem	73	100 %

Poslední otázkou, která je součástí charakteristiky respondentů bylo zařazení zdravotníků na oddělení, kde pracují.

Průzkumná analýza byla provedena na odděleních LDN a chirurgie. Tato oddělení byla vybrána s vědomím jejich odlišného složení pacientů: na jednom se nachází převážně dlouhodobě nemocní a pacienti odkázáni na celkovou pomoc druhé osoby, na druhém pak ti s akutními onemocněními a vyhlídkou na brzké uzdravení.

Lékařská i ošetrovatelská péče na chirurgickém oddělení je specifická a odlišná od jiných oddělení. Konkrétní péče se odlišuje podle typu specifické operace a aktuálního stavu pacienta. Péči dle časové hlediska rozdělujeme na perioperační, intraoperační a pooperační. (Burda, 2016) Naopak u ošetrovatelského personálu na oddělení LDN je důležité, aby personál znal specifickou problematiku ošetrování geriatrického pacienta, věděl o rizikových oblastech v ošetrovatelství a uplatňoval moderní ošetrovatelské postupy. Personál by se měl pravidelně vzdělávat a zdokonalovat v problematice gerontologie a geriatrie a měl by mít důvěru ve své schopnosti a dovednosti. Mezi důležité vlastnosti sestry na oddělení LDN patří také vyšší úroveň emoční inteligence, aby byla schopna empatie v nelehké situaci pacienta i jeho rodiny. (Malíková, 2011) Dlouhodobá péče na lůžku je poskytována na oddělení LDN pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit, a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje. (Slezáková, 2023)

Odlišnost skladby pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení oproti oddělení LDN je především také dána dobou hospitalizace pacientů. Na chirurgii se jedná o lůžka akutní péče, kde je doba hospitalizace časově velmi omezena pouze na nezbytně nutnou dobu. Ošetrovatelský personál je v kontaktu s pacientem krátkou dobu a většinou není schopen si vytvořit s pacientem určité vazby, na rozdíl od oddělení LDN, kde může hospitalizace trvat až tři měsíce.

Po provedení sčítání dotazníků a eliminaci nekompletních se ukázal poměr pracovníků v obou odděleních jako téměř identický. Oddělení LDN je zastoupeno 36 (51 %) a chirurgické oddělení 37 (49 %) respondenty.

Znalost charakteristik respondentů umožňuje porovnávat jejich zkušenosti a preference s ohledem na demografické a sociodemografické pozadí. Díky tomu je umožněno lepší porozumění způsobu, jakým určité skupiny respondentů vnímají zátěžové situace a jak mohou reagovat na různé formy podpory, jako je supervize.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Kapitola se zaměřuje na subjektivní vnímání zátěžových situací zdravotnického personálu, přičemž klíčovým prvkem je odpověď na první průzkumnou otázku: "**Jak subjektivně zdravotnický personál vnímá psychickou zátěž a zátěžové situace, se kterými se může ve své práci setkat?**"

V první průzkumné otázce je věnována pozornost oblastem: subjektivnímu hodnocení psychické pracovní zátěže respondentů s populační normou Meisterova dotazníku, frekvenci prožívání této zátěže, subjektivnímu hodnocení zátěže podle typu oddělení a úvahám respondentů o změně práce.

V této části práce jsou analyzovány výsledky průzkumu, který mapuje subjektivní hodnocení nejčastějších zátěžových situací, se kterými se zdravotnický personál při své práci může setkat. Pochopení jejich subjektivního vnímání je klíčové pro navrhování efektivních intervenčních strategií a podpůrných opatření s cílem zlepšit pracovní prostředí a snížit úroveň pracovního stresu a vyhoření. Tato analýza má zásadní význam pro pokračování práce, konkrétně pro část věnovanou supervizi jako klíčové podpoře pro zaměstnance.

Součástí dotazování byl zvolen standardizovaný Meisterův dotazník (charakterizovaný v kapitole 5.2.2), který je vyhodnocen níže.

6.1 Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže

S ohledem na velký počet respondentů bylo provedeno vyhodnocení dat skupinově. Meisterova metoda poskytuje údaje rozdělené podle pohlaví, proto byla otázka týkající se genderu úmyslně začleněna do dotazníku.

Data byla zpracována s ohledem na jednotlivé otázky a vyhodnocené faktory, přičemž byla provedena závěrečná klasifikace psychické zátěže. Kritické hodnoty mediánů faktorů i jednotlivých otázek jsou stanoveny pro standardizovaný dotazník. V případě, že zhodnocené výsledky dosáhnou nebo překročí tyto kritické hodnoty, lze konstatovat nadměrnou psychickou zátěž při práci. (Hladký, Židková, 1999)

6.1.1 Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle faktorů

Faktorovou analýzou byly stanoveny tři faktory (I. II. III.). Jednotlivé faktory jsou syceny příslušnými položkami. (viz tabulka 7) Pro získání skupinového hodnocení je třeba vypočítat medián a aritmetický průměr všech faktorů.

Tabulka 7 MD Vyhodnocení podle faktorů (Hladký, Židková, 1999)

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
I.	Přetížení	1+3+5	15
II.	Monotonie	2+4+6	15
III.	Nespecifický faktor	7+8+9+10	20
Hrubý skór	Hrubý Skór	I. + II. + III.	50

Tabulka 8 MD Stanovené normy a kritické hodnoty pro muže i ženy (Hladký, Židková, 1999)

Faktor	ženy			muži		
	\bar{x}	sm. odch.	Krit. hod.	\bar{x}	sm. odch.	Krit. hod.
Faktor I. Přetížení	8,4	3,2	10	10,6	3	12
Faktor II. Monotonie	7,6	3	9	6,4	3,2	8
Faktor III. Nespecifický faktor	11,77	4,4	14	10,3	4,1	12
Hrubý skór	25	8,1	29	22,9	6,4	26

\bar{x} – aritmetický průměr

Při porovnání výsledků z průzkumného šetření (viz tabulka 9) s aritmetickými průměry populačních norem (viz tabulka 8) lze pozorovat, že největší přetížení je zaznamenáno u faktoru II. - jednostrannost (8) a faktoru III. - stresová odezva (13,67). Toto přetížení je však pozorováno pouze u respondentů mužského pohlaví, kde byl také zaznamenán vyšší aritmetický průměr (30,11) v hrubém skóru. U žen byla všechna data vyhodnocena jako normální.

Tabulka 9 Výsledky hodnot MD, měření aritmetického průměru u mužů a žen

	ženy			muži		
	\bar{x}	sm. odch.	Kritické hodnoty	\bar{x}	sm. odch.	Kritické hodnoty
Norma I.	8,4	3,2	10	10,6	3	12
Faktor I. - přetížení	7,52	2,28		8,44	2,17	
Norma II.	7,6	3	9	6,4	3,2	8
Faktor II. - jednostrannost	5,72	2,64		8	2,31	
Norma III.	11,77	4,4	14	10,3	4,1	12
Faktor III. - stresová odezva	9,3	4,04		13,67	5,23	
Norma H.S.	25	8,1	29	22,9	6,4	26
Hrubý Skór	22,53	7,69		30,11	8,69	

Na základě předchozích výsledků byla vytvořena tabulka číslo 10, jež ukazuje, které profesní skupiny nejčastěji překročily kritickou hodnotu hrubého skóru. Z tabulky plyne, že nejvíce respondentů s překročenou kritickou hodnotou pracuje na pozici sanitář/ka nebo ošetřovatel/ka.

Lze předpokládat, že charakter těchto profesí, jejich pozice v systému a charakteristika osob, které je vykonávají, společně zvyšují riziko přetížení pracovníků právě v těchto profesích ve srovnání s profesemi dalšími. Vysoké zastoupení mužů právě na pozici sanitáře (6 z celkem 9 respondentů mužského pohlaví ve výzkumném souboru) může vysvětlovat významně vyšší hodnoty přetížení kategorizované v přechodím vyhodnocení dle pohlaví a nelze tedy jednoznačně říci, že muži jsou náchylnější k přetížení.

Tabulka 10 Překročení kritické hodnoty hrubého skóru MD dle pracovního zařazení

	Překročili kritickou hodnotu hrubého skóru		Nepřekročili kritickou hodnotu hrubého skóru	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Sanitář/ka	6	27 %	4	8 %
Ošetřovatel/ka	5	23 %	2	4 %
Praktická sestra	4	18 %	18	35 %
Všeobecná sestra	5	23 %	23	45 %
Staniční sestra	2	9 %	4	8 %
Celkem	22	100 %	51	100 %

6.1.2 Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle jednotlivých položek

Při posuzování zátěžových faktorů se bere v úvahu překročení kritických hodnot mediánu. Když je tato hodnota stejná nebo překročena, práce je považována za negativní. Jinak řečeno, když je dosaženo kritické hodnoty, práce přináší respondentům nadměrnou zátěž. Pokud nedojde k překročení, je hodnocení pozitivní. (viz tabulka 11)

Tabulka 11 Vyhodnocení MD podle jednotlivých položek

Zkrácená otázka dotazníku	Medián celý soubor	Kritická hodnota	Faktor	Hodnocení
1. Časová tíseň	3	3	I.	negativní
2. Malé uspokojení	2	2,5	II.	pozitivní
3. Vysoká odpovědnost	3	3	I.	negativní
4. Otupující práce	2	2,5	II.	pozitivní
5. Problémy a konflikty	2	2,5	I.	pozitivní
6. Monotonie	1	2,5	II.	pozitivní
7. Nervozita	2	3	III.	pozitivní
8. Přesycení	2	3	III.	pozitivní
9. Únava	3	3	III.	negativní
10. Dlouhodobá účinnost	3	2,5	III.	negativní

Výsledky sledovaných respondentů ukazují, že čtyři aspekty Meisterova dotazníku dosahují, nebo přesahují kritické úrovně. Těmito aspekty jsou časová tíseň při práci, vysoká pracovní odpovědnost, únava a ochablost po několika hodinách práce. Zároveň vyplynulo, že respondenti sdílejí názor na náročnost práce, která se s věkem nedá udržet na stejné úrovni výkonnosti.

Výsledky poskytují důležité informace o pracovním prostředí a pohodě zaměstnanců v daném zdravotnickém zařízení. Identifikace klíčových oblastí, ve kterých překročení kritických hodnot signalizuje potenciální problémy, je klíčovým krokem ke zlepšení pracovního prostředí a podpoře pohody zaměstnanců. (viz tabulka 11)

6.1.3 Klasifikace zátěže

Klasifikace psychické zátěže probíhá ve třech stupních, kde tabulka číslo 12 uvádí význam jednotlivých faktorů (I, II, III) při této klasifikaci.

Tabulka 12 Faktory přetížení MD, výsledný medián respondentů

Faktor	Medián respondentů
I. přetížení	7
II. monotonie	6
III. nespecifický faktor	10
Hrubý skór	23

Mezi hodnotami výsledných mediánů byl rozdíl mezi faktory I. a II. méně než dva body, proto se sčítaly střední hodnoty všech faktorů dohromady, tj. I.+ II. + III. (viz tabulka 13 a 14)

Tabulka 13 MD Stupeň přetížení respondentů

Součet	Výsledek	Stupeň	Zátěžová tendence
10–26	23	1	
27–32		2	Kombinace (tj. přetížení a jednostrannost)
33–50		3	Kombinace (tj. přetížení a jednostrannost)

Tabulka 14 Konečná klasifikace psychické zátěže dle Meisterova dotazníku (Hladký, Židková, 1999)

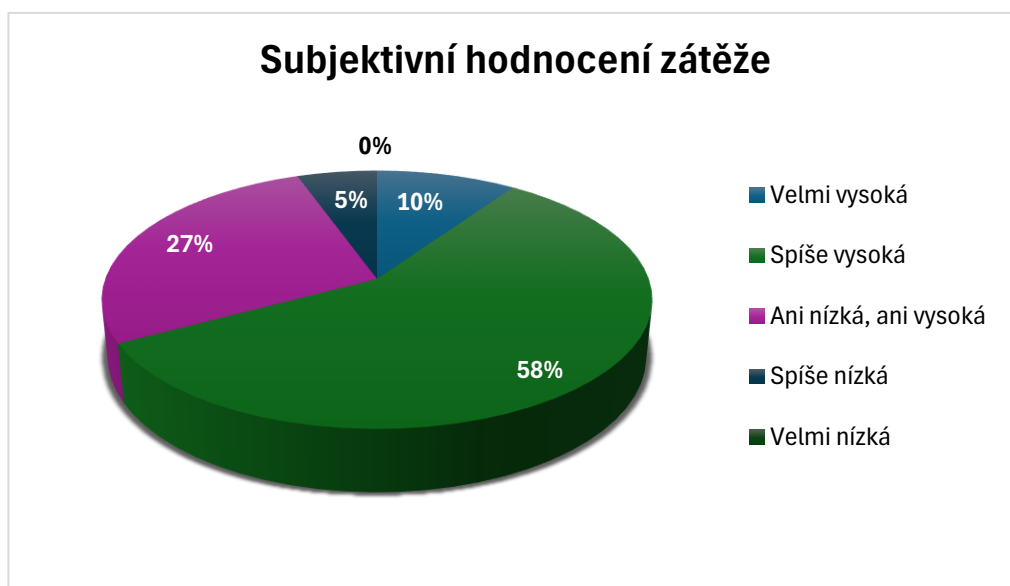
Stupeň	Klasifikace psychické zátěže
I.	Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).
II.	Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.
III.	Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.

Na základě výsledků uvedených v tabulkách č. 13 a č. 14 lze konstatovat, že u oslovených respondentů byla zjištěna nižší úroveň psychické zátěže, konkrétně v prvním stupni. Tento stupeň zátěže pravděpodobně nemá výrazný vliv na zdraví či výkonnost pracovníků, avšak je třeba vzít v úvahu náhodné, situačně podmíněné výkyvy, které mohou nastat během pracovní směny.

6.2 Interpretace výsledků – subjektivní vnímání zátěžových situací respondentů

Následující interpretace výsledků nabízí současně odpověď na první průzkumnou otázku: **Jak zdravotnický personál subjektivně vnímá psychickou zátěž a zátěžové situace, se kterými se může ve své práci setkat?**

V otázce číslo 7 byla subjektivně hodnocena celková pracovní zátěž respondentů. Pro 42 (58 %) oslovených respondentů byla hodnocena jako spíše vysoká psychická pracovní zátěž. Tento trend naznačuje, že více než polovina zdravotnického personálu daného zařízení čelí významnému množství psychického tlaku ve své práci. Naopak 20 (27 %) respondentů ji označilo jako neutrální, tedy ani nízkou ani vysokou. Opačný trend byl zaznamenán u 7 (10 %) respondentů, kteří vnímají zátěž jako velmi vysokou, a u 4 (6 %) respondentů, kteří ji označují jako spíše nízkou. (viz obrázek 1)



Obrázek 1 Subjektivní hodnocení respondentů celkové pracovní zátěže

Výše uvedené odpovědi na otázku číslo 7 byly porovnávány s výsledky Meisterova dotazníku. (viz kapitola 6.1)

Cílem bylo lépe porozumět vzájemnému propojení mezi subjektivním vnímáním pracovní zátěže respondentů a ukazateli získanými z Meisterova dotazníku, zejména s ohledem na překročení kritické hodnoty hrubého skóru. Pro ověření shody v odpovědích mezi různými skupinami respondentů byl použit neparametrický test dobré shody, konkrétně Pearsonův chí-kvadrát test. (viz tabulka 15)

Tento test byl využit k testování hypotéz založených na porovnání naměřených a očekávaných četností v kontingenční tabulce. (viz tabulka 15) Významnost testů byla stanovena na hladině $\alpha = 5 \%$, což znamená, že p-hodnoty menší než 0,05 byly považovány za statisticky významné. Tato analýza umožnila zkoumat, zda existuje vztah mezi odpověďmi na otázku číslo 7 a výsledky překročení hrubého skóru z Meisterova dotazníku.

Tabulka 15 Kontingenční tabulka

Kontingenční tabulka			
Dosažení kritické hodnoty hrubého skóru Meisterova dotazníku			
Subjektivní hodnocení zátěže respondenty	NE	ANO	
Velmi vysoká	2	5	7
	28,57 %	71,43 %	
Spíše vysoká	27	15	42
	64,29 %	35,71 %	
Ani vysoká, ani nízká	20	0	20
	100,00 %	0,00 %	
Spíše nízká	4	0	4
	100,00 %	0,00 %	
Celkem	53	20	73

Tabulka 16 Pearsonův Chí – kvadrát

Statistika	Pearsonův chí-kvadr, M-V chí-kvadr.		
	Chí-kvadrát	SV	P
Pearsonův chí-kvadr.	19,16398	df=6	p=,00390
M-V chí-kvadr.	24,87036	df=6	p=,00036

$p < 0,05$

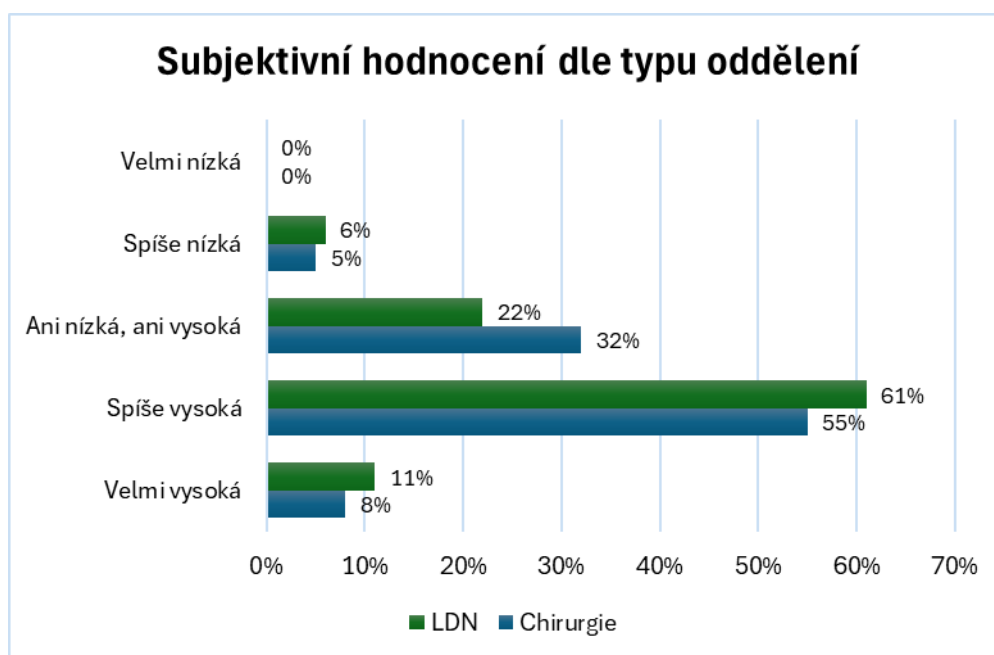
H₀ mezi hodnocením subjektivním a dosaženou kritickou hodnotou není žádný vztah.

H_A mezi hodnocením subjektivním a dosaženou kritickou hodnotou je významný vztah.

Dle výsledku Pearsonova chí-kvadrátu (viz tabulka 16) H₀ zamítáme a přijímáme H_A.

Tudíž můžeme konstatovat, že vztah mezi subjektivním hodnocením pracovní zátěže, jež respondenti pociťují při práci souvisí s hodnocením a překročením hrubého skóru v Meisterově dotazníku je statisticky významný.

Porovnání subjektivního vnímání pracovní zátěže dle typu oddělení je znázorněno v grafu níže. (viz obrázek 2) Z výsledků je zřejmé, že nejčastěji se objevovaly odpovědi v kategorii "spíše vysoká", následované kategorií "ani vysoká, ani nízká". Zároveň je patrné, že respondenti z oddělení LDN uváděli mírně vyšší úroveň zátěže než respondenti z oddělení chirurgie.



Obrázek 2 Subjektivní hodnocení respondentů, jak vnímají celkovou pracovní zátěž dle typu oddělení

Na otázku týkající se frekvence prožívání zátěže odpovědělo 38 (52 %) pracovníků, že se s tíživou až neúnosnou zátěží setkávají občas, tj. několikrát ročně. Výrazně častěji, konkrétně několikrát měsíčně, tento stav zažívá 19 (26 %) respondentů. Naopak pouze 14 (19 %) jedinců uvádí, že se s touto zátěží setkávají jen zřídka během své práce. Extrémně vysokou frekvenci tíživé zátěže, prožívanou téměř pokaždé při pracovní činnosti, zaznamenalo pouze 2 (3 %) oslovených respondentů. Velmi nízkou zátěž neuvedl ani jeden oslovený. (viz obrázek 3)

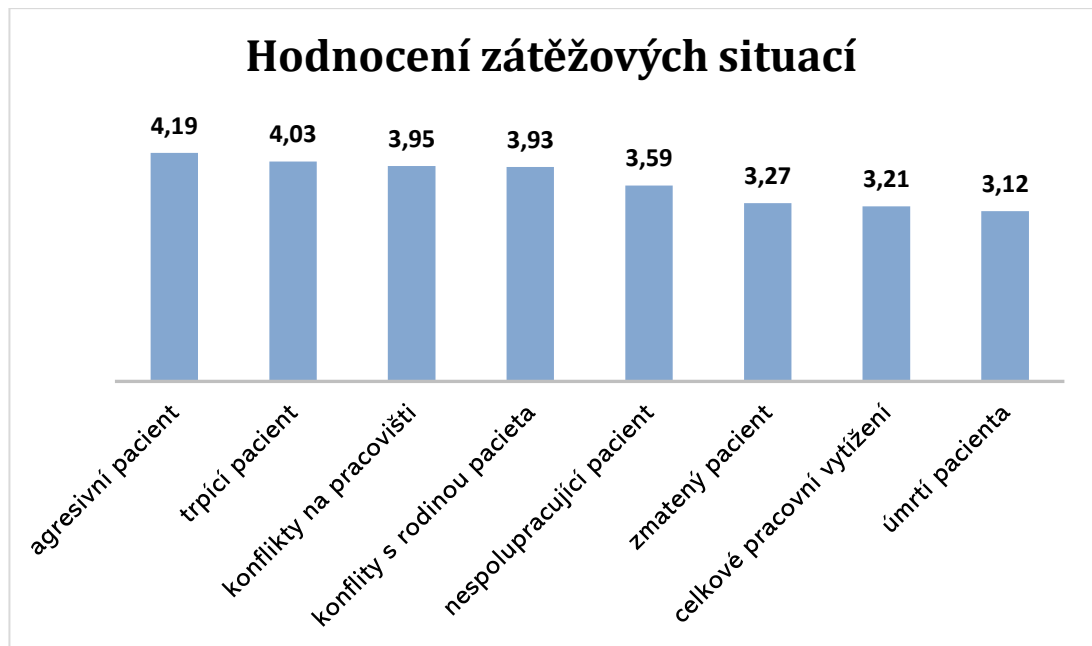


Obrázek 3 Frekvence prožívání pracovní zátěže v daném okamžiku

V návaznosti na frekvenci zátěžových situací následovala otázka na jejich charakter. V této otázce byl respondentům nabídnut výčet osmi častých zátěžových situací, se kterými se mohou setkat ve své praxi. Do těchto situací byla zahrnuta práce s trpícím pacientem; úmrtí pacienta; agresivní pacient; nespolupracující pacient; zmatený pacient; konfliktní situace s rodinou pacienta; konfliktní situace na pracovišti a celkové pracovní vytížení, které obsahuje například přesčasy a vysoké požadavky na zaměstnance. Zátěžové situace byly zvoleny dle autorek Venglářové a Mahrové (2006), které jsou přiblíženy v kapitole 3.1 teoretické části.

Hodnocení jednotlivých zátěžových situací bylo analyzováno prostřednictvím průměrných hodnot odpovědí, kdy respondenti vyjadřovali své hodnocení na škále od 1 do 5. Hodnota 5 představovala nejvyšší míru zátěže, zatímco hodnota 1 znamenala zátěž minimální.

Obrázek číslo 4 znázorňuje celkový pohled všech respondentů, kdy nejvíce zatěžující situací byla hodnocena péče o agresivního pacienta a trpícího pacienta, následovaná konflikty na pracovišti. Naopak jako nejméně zátěžovou situací respondenti označili smrt pacienta.



Obrázek 4 Průměrné hodnocení jednotlivých zátěžových situací

V tabulce číslo 17 jsou porovnány průměrné hodnoty zátěžových situací mezi zaměstnanci oddělení LDN a chirurgie. To zároveň nabízí odpověď na konkrétní zaměření průzkumné otázky. Jak vnímají úroveň psychické zátěže na škále od minimální po extrémní respondenti jednotlivých oddělení. Tento srovnávací přístup může přispět k lepšímu pochopení pracovního prostředí a potřeb personálu na různých odděleních.

Subjektivní vnímání vybraných osmi zátěžových situací mezi respondenty na odděleních LDN a chirurgie vykazuje určité rozdíly. Z analýzy tabulky číslo 17 vyplývá, že konflikty na oddělení více zatěžují pracovníky oddělení LDN, zatímco agresivní chování pacientů je závažnější pro personál chirurgie. Celkově však zjištění naznačují, že ve vnímání ostatních zátěžových situací mezi oběma odděleními nejsou významné rozdíly.

Tabulka 17 Průměrné hodnocení jednotlivých zátěžových situací dle oddělení

LDN	Hodnocení průměr	CHIRURGIE	Hodnocení průměr
Konfliktní situace na pracovišti	4,17	Agresivní pacient	4,32
Trpící pacient	4,11	Konfliktní situace s rodinou pacienta	4
Agresivní pacient	4,06	Trpící pacient	3,95
Konfliktní situace s rodinou pacienta	3,86	Konfliktní situace na pracovišti	3,73
Nespolupracující pacient	3,56	Nespolupracující pacient	3,62
Zmatený pacient	3,25	Zmatený pacient	3,3
Celkové pracovní vytížení	3,14	Celkové pracovní vytížení	3,27
Úmrtí pacienta	3,03	Úmrtí pacienta	3,22

Otázka číslo 10 umožňovala respondentům vybrat maximálně tři situace, se kterými se nejčastěji setkávají ve své práci. Proto zde není záměrně uvedena celková hodnota zkoumaného vzorku. Data jsou pro lepší přehlednost seřazena sestupně. Zaměstnanci oddělení LDN nejčastěji uváděli práci se zmateným, trpícím a nespolupracujícím pacientem. Zaměstnanci na chirurgickém oddělení častěji uváděli situace s nespolupracujícím, agresivním a zmateným pacientem. Nejméně častou situací na obou odděleních byla hodnocena situace spojená s úmrtím pacienta. Oba typy oddělení se potýkají s různými výzvami ve své práci, ale žádná ze situací není výrazně častější na jednom oddělení než na druhém. (viz tabulka 18)

Tabulka 18 Nejčastějších zátěžové situace, se kterými se respondenti setkávají ve své práci

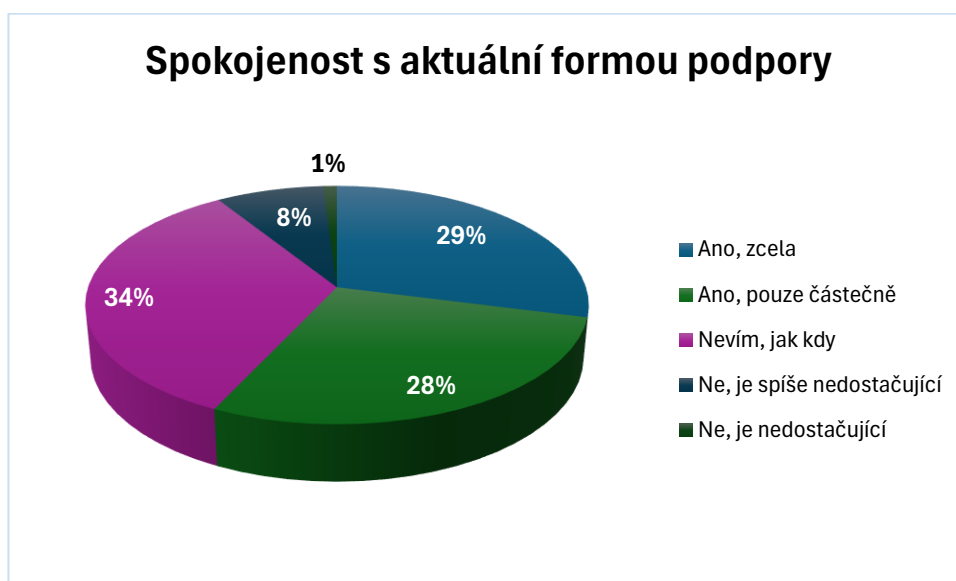
LDN	Absolutní četnost	CHIRURGIE	Absolutní četnost
Zmatený pacient	21	Nespolupracující pacient	24
Trpící pacient	19	Agresivní pacient	24
Nespolupracující pacient	17	Zmatený pacient	21
Konfliktní situace na pracovišti	14	Konfliktní situace s rodinou pacienta	16
Konfliktní situace s rodinou pacienta	13	Trpící pacient	11
Agresivní pacient	11	Celkové pracovní vytížení	7
Úmrtí pacienta	8	Konfliktní situace na pracovišti	6
Celkové pracovní vytížení	3	Úmrtí pacienta	2

Kdo, nebo co na pracovišti pomáhá respondentům zvládat pracovní zátěž? Tato otázka číslo 11 byla zahrnuta do dotazníku s možností volné formy odpovědi, což umožnilo respondentům vyjádřit své postřehy a názory bez omezení. Odpovědi byly následně kategorizovány do dvou skupin. První skupina obsahovala odpovědi, které naznačovaly podporu související s prací, jako je podpora ze strany kolegů, nadřízených a projevy uznání od pacienta. Druhá skupina obsahovala odpovědi, které naznačovaly, že podporou je únik z pracovního prostředí, například obědová pauza, káva, kouření a brzký odchod domů, nebo naznačovaly, že respondent vnímá, že mu žádná podpora nepomůže. Většina respondentů, konkrétně 60 (82 %) zaměstnanců, uvedla, že jim nejvíce pomáhá podpora kolegů na pracovišti. Dalšími méně častými odpověďmi byla obědová pauza, kouření a káva, které zmínili 4 (6 %) dotázaní. U 3 (4 %) respondentů nebyla zaznamenána žádná forma podpory od nikoho, zatímco stejný počet 3 (4 %) uvedl, že jim pomáhají myšlenky na brzký odchod domů. Naopak 2 (3 %) pracovníci se spoléhají na podporu od svých nadřízených a jeden (1 %) z respondentů je vděčný za uznání ze strany pacientů. (viz tabulka 19)

Tabulka 19 Forma podpory, která pomáhá respondentům zvládnout psychickou zátěž na pracovišti

Formy podpory	Zdroj podpory	Absolutní četnost - n	Relativní četnost %
Pracovní forma podpory	Kolegové	60	82 %
	Nadřízený	2	3 %
	Vděčnost pacientů	1	1 %
Mimopracovní forma podpory	Obědová pauza, káva, kouření	4	6 %
	Myšlenky na brzký odchod domů	3	4 %
	Nikdo, já sám	3	4 %
	Celkem	73	100 %

Následující otázka číslo 12 navazovala na předchozí dotaz a zkoumala, zda jsou respondenti spokojeni s poskytovanou formou podpory, kterou uvedli. Nejčastější odpovědí bylo "Nevím, jak kdy", kterou uvádělo 25 (34 %) respondentů. Druhou nejčetnější skupinou byli zaměstnanci, kteří označili poskytovanou podporu za plně dostačující, což sdělilo 21 (29 %) dotázaných. Následně se umístili respondenti, kteří byli s poskytovanou podporou částečně spokojeni, což zastupovalo 20 (28 %) osob. Pro 6 (8 %) respondentů byla poskytovaná podpora spíše nedostačující a pouze 1 (1 %) respondent uvedl, že je zcela nedostačující. (viz obrázek 5)



Obrázek 5 Spokojenost respondentů s aktuální formou podpory

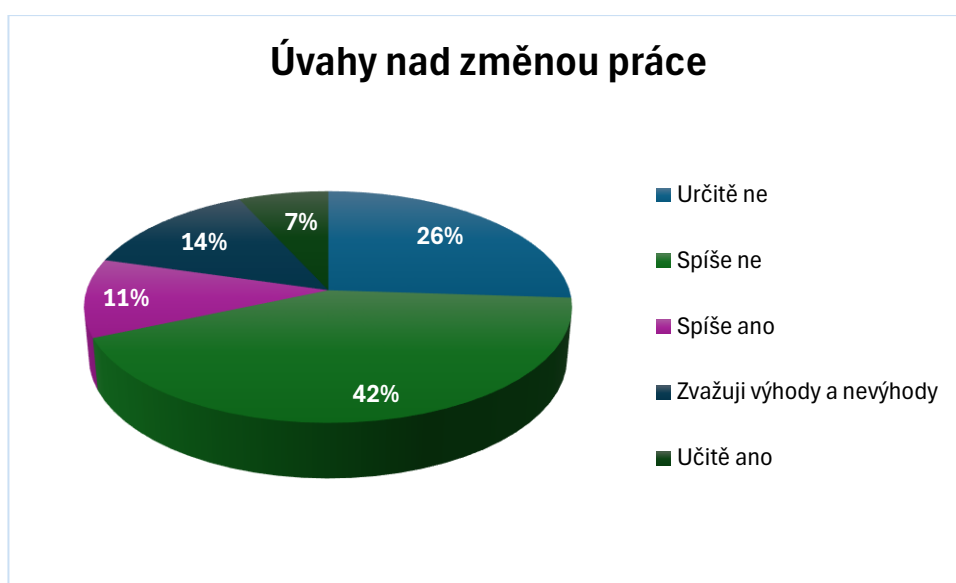
Respondenti, kteří upřednostňovali pouze mimopracovní formy podpory, jako jsou obědová pauza, káva a kouření, a také uvedli brzký odchodu domů, nevyjádřili žádnou spokojenost s touto formou podpory. Ve všech případech, kdy tato forma podpory byla uvedena, respondenti buď nebyli schopni vyjádřit, zda jsou s ní spokojeni, nebo ji označili za spíše nedostačující nebo zcela nedostačující. Ani jeden z oslovených respondentů nebyl spokojen s poskytovanou podporou. (viz obrázek 6) Naopak respondenti, kteří uvedli podporu související s prací, jako je podpora kolegů, nadřízeného nebo vděčnost pacientů, ji hodnotili převážně kladně. Tyto poznatky naznačují, že mimopracovní podpůrné metody nemusí být pro zaměstnance dostatečné nebo účinné při řešení pracovní zátěže a vyžadují další průzkum a úpravu strategií podpory zaměstnanců.



Obrázek 6 Hodnocení spokojenosti s pracovní a mimopracovní formou podpory

Následující otázka zkoumala, zda respondenti uvažují o změně zaměstnání v souvislosti s vysokou pracovní zátěží. Z celkového počtu 73 (100 %) respondentů, konkrétně 31 (42 %) zvolilo možnost, že o změně zaměstnání z důvodu vysoké pracovní zátěže spíše neuvažovalo. 19 (26 %) oslovených rozhodně nezvažovalo změnu pracovního místa. Naopak 10 (14 %) zaměstnanců stále zkoumá výhody a nevýhody případné změny. Odpověď, že spíše přemýšlí o změně práce kvůli vysoké pracovní zátěži, zvolilo 8 (11 %) respondentů. Dokonce 5 (7 %) jedinců jasně vyjádřilo úvahu o změně pracovní pozice. (viz obrázek 7)

Z následujícího výsledku plyne, že i přes existenci vysoké pracovní zátěže, nezvažovala většina respondentů radikální kroky jako je změna zaměstnání. To naznačuje, že mnoho zaměstnanců si uvědomuje, že práce s sebou nese určitou míru stresu a zátěže, ale zatím se rozhodli setrvat ve své současné pracovní pozici. Důležité je podotknout, že téměř třetina dotázaných uvažuje o změně zaměstnání nebo aktivně zvažuje výhody a nevýhody této možnosti. Tato skupina respondentů, i když číselně menší, může být pro organizaci klíčová, zejména v případě zaměstnanců s významnými schopnostmi či zkušenostmi.



Obrázek 7 Úvahy respondentů nad změnou práce

6.3 Interpretace výsledků – subjektivní vnímání supervize z pohledu respondentů

Následující a poslední fáze průzkumu se zaměřuje na tematiku supervize, která je považována za jednu z potenciálních forem podpory při zvládání stresu a náročných situací v pracovním prostředí. Před samotným sběrem dat bylo od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči zjištěno, že ve zkoumaném zdravotnickém zařízení supervize neprobíhá. Tato informace byla reflektována i v rámci samotného dotazníku. Z tohoto důvodu bylo zkoumáno, zda by respondenti viděli supervizi jako možný nástroj pro svůj profesní růst a osobní rozvoj a jestli by souhlasili s jejím zavedením a jakou formu supervize by preferovali.

V následující kapitole také bude odpovězeno na další průzkumnou otázku: **Jak subjektivně respondenti hodnotí zavedení supervize jako pomoci při zvládání psychické zátěže?** K vyhodnocení bylo využito otázek číslo 14-21.

Ve druhé průzkumné otázce je věnována pozornost oblastem: znalosti pojmu supervize, preferenci zavedení supervize dle oddělení a pracovního zařazení respondentů, výběru stylu a frekvence supervize a názoru na supervizi jako prevenci syndromu vyhoření a zátěžových situací.

Otázka číslo 14 zkoumala zkušenost respondentů se supervizí během své praxe. Zkušenost s ní má pouze 9 (12 %) oslovených respondentů, zatímco 64 (88 %) s ní zkušenost nemá žádnou.

V následující otázce měli respondenti možnost formou otevřené otázky odpovědět, co si pod pojmem supervize představují. (viz tabulka 20) V interpretaci této otázky z dotazníku je zahrnuta i analýza odpovědí ohledně povědomí respondentů o konceptu supervize, což je jedna z dílčích oblastí zkoumaných v rámci průzkumného cíle. Celkem 25 (34 %) respondentů odpovědělo, že neví, co pojem supervize znamená. A 12 oslovených (16 %) ji vnímá jako zbytečnou kontrolu. Tato odpověď je považována za nepřesnou, a proto nezajišťuje respondentovi adekvátní porozumění obsahu pojmu "supervize" v kontextu. Z výsledku vyplývá, že celkem polovina oslovených respondentů neví, co si představit pod pojmem supervize. Naopak 11 (15 %) oslovených zaměstnanců ji považuje za pomoc při řešení problémů v týmu a zlepšení komunikace. Jako psychickou podporu a sdílení pocitů ji hodnotí 7 (10 %) respondentů a jako pomoc při řešení problémů s pacienty také 7 (10 %) z oslovených respondentů. Zbýlých 11 (15 %) oslovených uvedlo jiné odpovědi, které nebylo možné zařadit k výše uvedeným, přesto se dají považovat za částečně správně hodnocené.

Jednalo se například o odpovědi jako: „*Součástí celoživotního vzdělání, podpora při komunikaci s vedením nemocnice, pravidelné vzdělávání a prohlubování informací o nových a vhodných postupech při práci s pacientem.*“ Tato široká škála interpretací podtrhuje důležitost jasného definování a vymezení supervize v pracovním prostředí, aby byla efektivní a přínosná pro zaměstnance.

Z dat lze vyvodit, že polovina oslovených respondentů má povědomí o pojmu "supervize", zatímco druhá polovina s tímto termínem seznámena není.

Tabulka 20 Co si respondenti představují pod pojmem supervize

Pojem supervize	Absolutní četnost – n	Relativní četnost (%)
Nevím	25	34 %
Zbytečná kontrola	12	16 %
Řešení problémů v týmu, lepší komunikace	11	15 %
Sdílení pocitů a psychická podpora	7	10 %
Pomoc s řešením problémů ve vztahu s pacienty	7	10 %
Ostatní – částečně naplňující správnou definici	11	15 %
Celkem	73	100 %

Pro zavedení supervize by vyjádřilo souhlas 39 (53 %) respondentů, kteří odpověděli, že by spíše měli zájem o zavedení supervize na jejich pracovišti. Plnou podporu zavedení supervize udělilo 9 (12 %) dotázaných. Celkem 20 (28 %) respondentů by spíše nevidělo potřebu pro zavedení, zatímco 5 (7 %) se kategoricky vyjádřilo proti jejímu zavedení. (viz obrázek 8) Na základě těchto výsledků lze usoudit, že zavedení supervize je vnímáno jako užitečné pro více než polovinu oslovených respondentů.

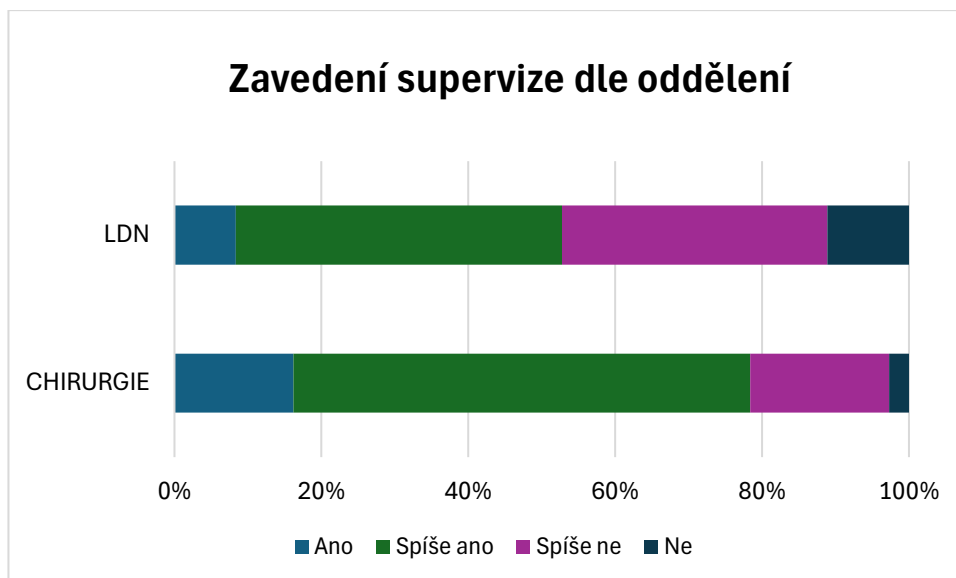


Obrázek 8 Sounáležitost respondentů se zavedením supervize na pracovišti

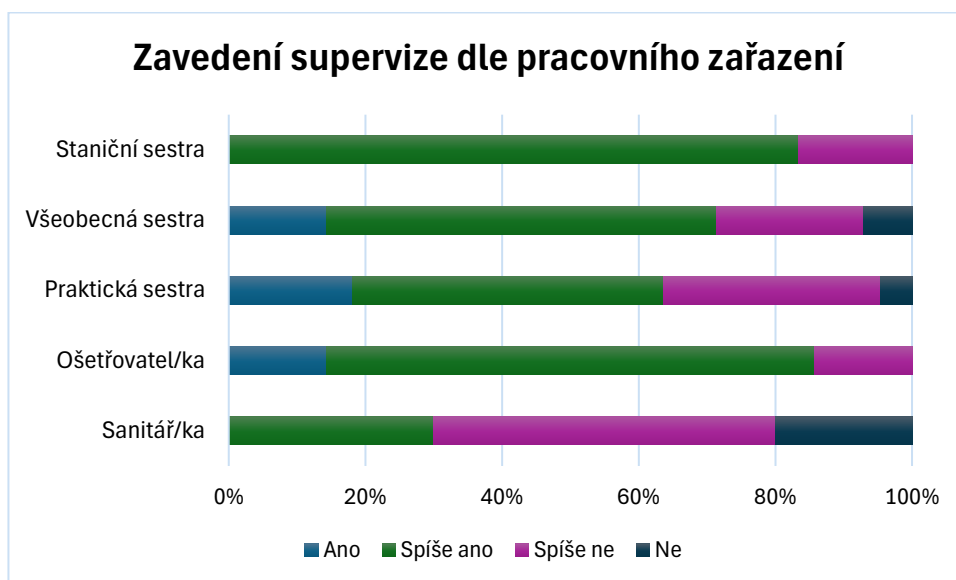
Součástí této otázky byla také odpověď na dílčí zaměření průzkumné otázky, zda by preferovali zavedení supervize na pracovišti spíše respondenti zaměstnaní na oddělení chirurgie nebo LDN a jestli existuje rozdíl v preferenci supervize z pohledu pracovního zařazení respondentů v organizaci. Odpovědi na otázky jsou graficky znázorněny na obrázcích číslo 9 a 10.

Zavedení supervize na pracovišti by více ocenili zaměstnanci chirurgie oproti pracovníkům zaměstnaných na oddělení LDN, jak již naznačuje graf číslo 9.

Při analýze zájmu o supervizi v závislosti na pracovním zařazení je patrný výrazný rozdíl mezi sanitáři a ostatními profesemi. Zatímco pouze 30 % oslovených sanitářů projevilo zájem o zavedení supervize, u všech ostatních profesí se tento zájem pohybuje v rozmezí od 65 % do 85 %. (viz obrázek 10) Tento fakt ukazuje, že sanitáři vykazují výrazně menší zájem o supervizi než ostatní profesní skupiny. To naznačuje potřebu podporovat a motivovat sanitáře daného zdravotnického zařízení k zapojení do supervizních aktivit a rozvoje pracovních dovedností.



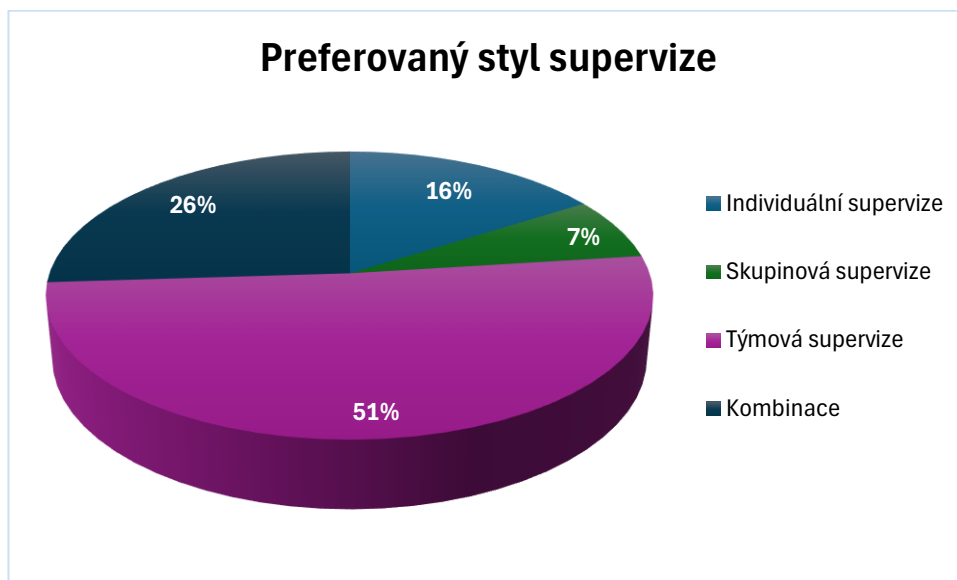
Obrázek 9 Souhlas respondentů se zavedením supervize dle oddělení



Obrázek 10 Souhlas se zavedením supervize dle pracovního zařazení respondentů

Na otázku číslo 17, která se týkala preferovaného stylu supervize na pracovišti, odpovědělo 37 (51 %) respondentů, že by upřednostňovali supervizi týmovou. Kombinaci různých forem supervize by volilo 19 (26 %) jedinců. Na druhé straně by individuální supervizi ocenilo 12 (16 %) respondentů, zatímco skupinovou supervizi preferovalo 5 (7 %) dotázaných. (viz obrázek 11)

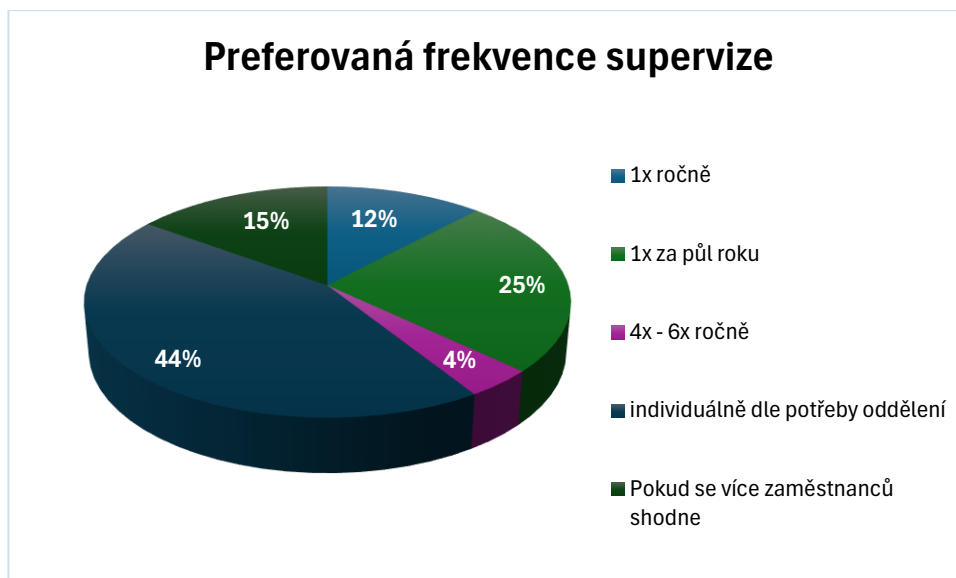
Graf znázorněný níže naznačuje, že nejméně polovina jedinců by preferovala supervizi vedenou v rámci týmového prostředí. Týmová supervize může poskytnout příležitost k posilování spolupráce a kolektivního řešení problémů.



Obrázek 11 Preferovaný styl supervize

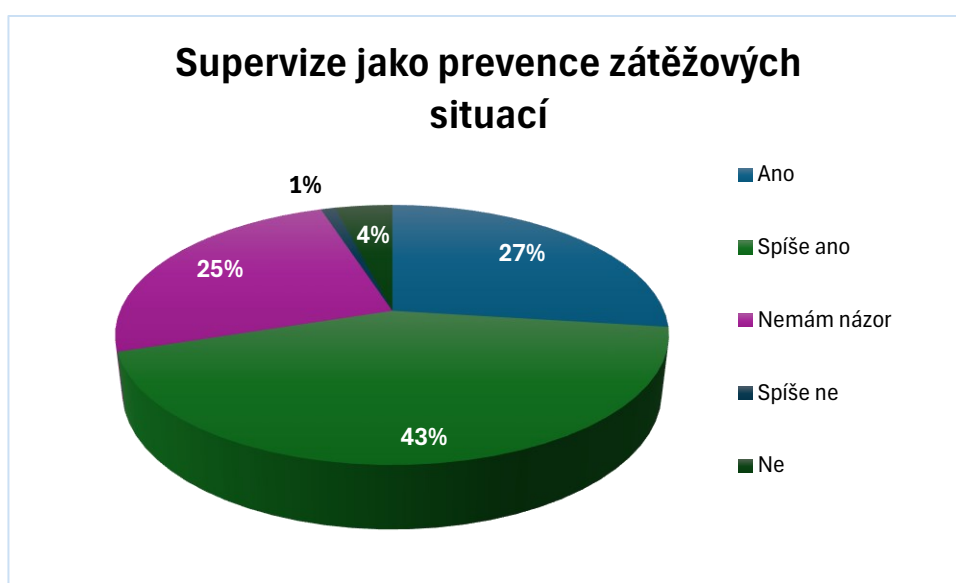
V otázce číslo 18 měli respondenti označit, zda by preferovali, aby vedl supervizi interní pracovník nemocnice nebo externí specialista mimo nemocnici. Z celkového počtu 73 (100 %) dotazovaných by 57 (78 %) upřednostňovalo externího supervizora, zatímco 16 (22 %) by dávalo přednost internímu supervizorovi.

Za optimální frekvenci supervize považuje 32 (44 %) respondentů supervizi individuálně plánovanou, přizpůsobenou potřebám daného oddělení. Pro 18 (25 %) respondentů by byla vyhovující frekvence jednou za půl roku, zatímco pro 11 (15 %) dotazovaných by bylo vhodné provádět supervizi v případě, že se na ní shodne větší množství zaměstnanců. Z celkového počtu respondentů by frekvenci jednou ročně preferovalo 9 (12 %) a 3 (4 %) respondenti by ji rádi absolvovali 4x až 6x ročně. (viz obrázek 12)



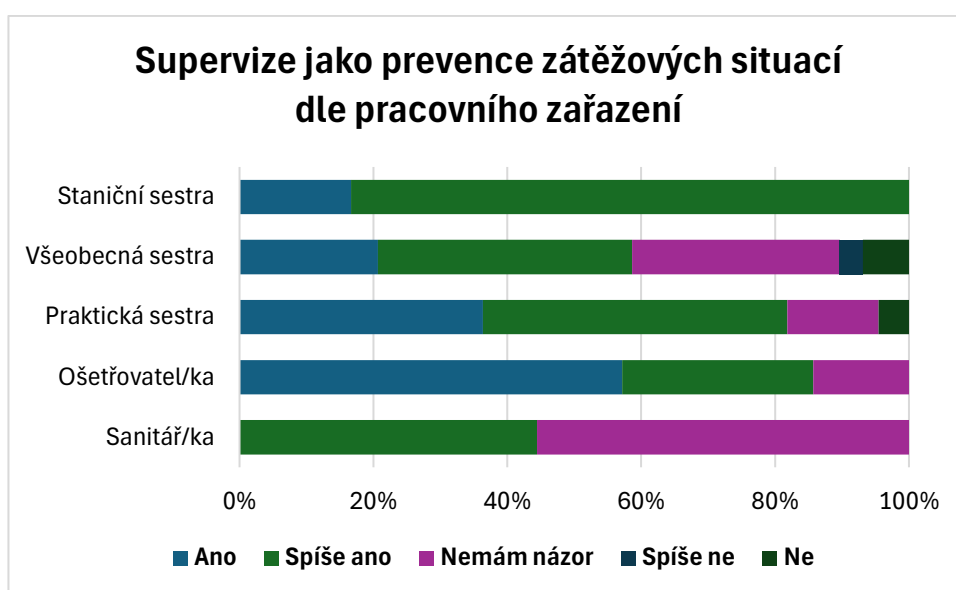
Obrázek 12 Preferovaná frekvence supervize

Při zkoumání názoru respondentů, zda může kvalitně prováděná supervize fungovat jako nástroj k prevenci zátěžových situací a syndromu vyhoření odpovědělo 31 (43 %) respondentů, že spíše ano a 20 (27 %) jedinců odpovědělo, že určitě ano. Pro 18 (25 %) zaměstnanců je tato otázka nevyřešená, neboť nemají vyhraněný názor. Pouze 1 (1 %) respondent se domnívá, že spíše ne, zatímco 3 (4 %) respondenti se domnívají, že správně provedená supervize určitě není účinnou prevencí proti syndromu vyhoření. (viz obrázek 13)



Obrázek 13 Vnímání supervize jako prevence zátěžových situací a syndromu vyhoření

Při zhodnocení odpovědí na otázku číslo 20 podle pracovního zařazení jsou zřetelné odlišnosti. (viz obrázek 14) Nejvýznamnějším je vysoká míra důvěry v účinnost supervize u staničních sester a značný podíl odpovědí "nemám názor" u sanitářů. Je zřejmé, že různé pracovní pozice mají odlišné názory na efektivitu supervize jako prevence syndromu vyhoření a psychické pracovní zátěže. Tato zjištění mohou naznačovat potřebu dalšího zkoumání přístupu k supervizi v různých pracovních skupinách.



Obrázek 14 Vnímání supervize jako prevence zátěžových situací dle pracovního zařazení respondentů

V rámci poslední otázky respondenti volili, na koho by se obrátili v případě, když by měli zájem o zavedení supervize na svém pracovišti. Nejvyšší preferenci pro 30 (41 %) respondentů představuje staniční sestra příslušného oddělení, následovaná vrchní sestrou, na kterou by se obrátilo 28 (38 %) respondentů. Další osobou, kterou by vybralo 7 (10 %) zaměstnanců, byla náměstkyně pro ošetřovatelskou péči. Oproti tomu 8 (11 %) respondentů by se v tomto ohledu na nikoho neobrátilo. (viz tabulka 21)

Tabulka 21 Znárodnění preference, na koho by se respondenti obrátili s žádostí o zavedení supervize

Koho žádat o zavedení supervize	Absolutní četnost - n	Relativní četnost (%)
Staniční sestra	30	41 %
Vrchní sestra	28	38 %
Náměstek/kyně pro ošetrovatelskou péči	7	10 %
Primář/ka oddělení	0	0 %
Nikdo	8	11 %
Někdo jiný	0	0 %
Celkem	73	100 %

7 DISKUSE

Tématem diplomové práce je analýza zátěžových situací, jimž čelí zdravotničtí pracovníci, a zkoumání potenciálu zavedení supervize jako nástroje k jejich účinnějšímu zvládnutí. Téma psychické zátěže u zdravotnického personálu a úloha supervize jako prostředku podpory zaměstnanců již bylo předmětem několika předchozích průzkumných prací. S vybranými studii se budu snažit porovnat výsledky této práce.

Diplomová práce se skládá ze dvou hlavních částí. První teoretická část se zaměřuje na problematiku zátěžových situací, jimž čelí zdravotnický personál. Zde jsou podrobně popsány různé typy zátěžových situací, jejich možné důsledky, mechanismy obrany a role managementu v kontextu pracovní zátěže. Součástí teoretické části je zkoumání možná forma pomoci zaměstnancům při zvládnutí těchto situací, supervize. V části věnované supervizi je detailně popsána její forma, funkce, proces a implementace do organizační struktury.

Druhá průzkumná část této práce měla za cíl posoudit subjektivní vnímání zátěžových situací u personálu nemocnice a analyzovat rozdíly mezi pracovníky na oddělení chirurgie a LDN. Tento průzkum také zkoumal potenciální přínos supervize jako podpůrného nástroje při zvládnutí zátěžových situací. K realizaci průzkumu byla zvolena kvantitativní metoda s použitím dotazníku a data byla následně zpracována popisnou statistikou. Žádost o průzkum byla podpořena náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, která také poskytla informaci, že supervize v daném zdravotnickém zařízení neprobíhá. Dotazníky byly distribuovány na jednotlivá oddělení nemocnice a poté byly umístěny sběrné krabice pro anonymní odevzdání vyplněných dotazníků. Celková návratnost dotazníků dosáhla 81 %, což představuje velmi dobrý výsledek vzhledem k pracovní zátěži respondentů.

Na základě stanovených průzkumných cílů byly formulovány dvě hlavní průzkumné otázky, na něž bylo v rámci diplomové práce podrobně odpovězeno.

Průzkumná otázka č. 1: Jak zdravotnický personál subjektivně vnímá psychickou zátěž a zátěžové situace, se kterými se může ve své práci setkat?

V první průzkumné otázce byla věnována pozornost následujícím oblastem: subjektivnímu hodnocení psychické pracovní zátěže respondentů s populační normou Meisterova dotazníku, frekvenci prožívání této zátěže, subjektivnímu hodnocení zátěže podle typu oddělení a úvahám respondentů o změně práce.

Souhrnné hodnocení výsledků analýzy Meisterova dotazníku naznačuje, že zjištění mají klíčový význam pro pochopení pracovního prostředí a pohody zaměstnanců v daném zdravotnickém zařízení. Identifikace oblastí s překročením kritických hodnot ukazuje na potenciální problémy, zejména v profesních skupinách sanitářů/ek a ošetřovatelů/ek. Analýza identifikovala také čtyři faktory Meisterova dotazníku překračující kritickou úroveň určené populační normy. Tyto faktory zahrnují: časovou tíseň při práci, vysokou pracovní odpovědnost, únavu a náročnost práce, která se s věkem nepříznivě projevuje na úrovni výkonnosti. Závěrečnou klasifikací zátěže byla zjištěna nižší úroveň psychické zátěže, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, ale přesto je důležité brát v úvahu náhodné, situačně podmíněné výkyvy během pracovní směny. Tato zjištění jsou klíčová pro implementaci opatření ke zlepšení pracovního prostředí a podpoře pohody zaměstnanců.

Autorka Benešová (2021) zkoumala zátěž sester na oddělení JIP a identifikovala časový tlak, dlouhodobou náročnost a vysokou odpovědnost jako hlavní faktory zátěže. Podobné závěry potvrdila i má práce, přidávajíc únavu spojenou s prací. Podle Meisterova dotazníku obě oslovené skupiny respondentů dosáhly nižší úrovně zátěže na stupni 1, což naznačuje minimální negativní vliv na jejich zdravotní stav a výkonnost.

Je však nutné zmínit, že Meisterův dotazník je omezen tím, že jeho výsledky jsou relevantní pouze pro specifickou zkoumanou skupinu a konkrétní časové období průzkumu. Toto omezení vyžaduje opatrnost při porovnání s výsledky jiných studií, jak zdůrazňují autoři dotazníku. (Hladký, Židková, 1999)

Také vztah mezi subjektivním vnímáním pracovní zátěže respondenty a ukazateli překročení kritické hodnoty hrubého skóru v Meisterově dotazníku je statisticky významný. Z toho vyplývá, že důkladné monitorování a podpora zaměřená na překonávání zátěžových situací je důležitá. Tento výsledek může být významným přínosem pro řízení lidských zdrojů a podporu zaměstnanců ve zkoumaném zdravotnickém zařízení.

Z průzkumu také vyplývá, že většina pracovníků občas či několikrát ročně, prožívá tíživou až neúnosnou zátěž při své práci. Čtvrtina respondentů se s touto zátěží setkává výrazně častěji, a to několikrát měsíčně. Naopak pouze menšina uvádí, že takovou zátěž zažívají jen zřídka.

Klasifikace zátěžových situací navržená Venglářovou a Mahrovou (2006) byla v práci zahrnuta s cílem nabídnout respondentům v dotazníku konkrétní zátěžové situace, které následně hodnotili.

Výsledky průzkumu naznačují, že vnímání zátěžových situací se ve vztahu k oddělení, kde respondenti pracují, částečně liší. Konflikty na pracovišti a péče o trpícího a zmateného pacienta jsou více stresující pro personál oddělení LDN, zatímco agresivní chování pacientů, konflikty s rodinou pacienta a péče o trpícího pacienta je významnějším problémem pro personál chirurgie. Tato zjištění potvrzují potřebu individuální podpory zaměstnanců v souladu s potřebami konkrétního oddělení. Celkově se však zdá, že ve vnímání ostatních zátěžových situací mezi oběma odděleními neexistují významné rozdíly. Nejméně zatěžující situací na obou odděleních byla shodně identifikována situace spojená s úmrtím pacienta.

V diplomové práci Marešové (2016) byla identifikována péče o agresivní pacienty jako jedna z nejčastějších a zároveň nejnáročnějších zátěžových situací na oddělení standardní péče. Tato zjištění lze srovnat s výsledky mého průzkumu, kde bylo na oddělení chirurgie rovněž pozorováno významné úsilí věnované péči o agresivní pacienty. Tato shoda naznačuje pravidelný výskyt této konkrétní formy pracovní zátěže napříč různými pracovišti a poukazuje na potřebu zavedení podpůrných opatření pro zdravotnický personál při zvládnání agresivních projevů pacientů vůči personálu.

Studie Marešové (2016) se také zabývala identifikací nejnáročnějších situací pro zdravotnický personál na oddělení následné a hospicové péče. I přesto, že můj průzkum zahrnoval pouze oddělení LDN, lze nalézt určitou analogii ve složení pacientů v porovnání s hospicovou péčí. Obě studie ukázaly, že péče o trpícího pacienta je vnímána jako nejnáročnější situace personálu. Nejméně v mém průzkumu je tato zátěžová situace subjektivně hodnocena podobně jako péče o zmateného pacienta, zatímco ve studii Marešové (2016) dominuje především péče o trpícího pacienta.

Jedním z klíčových zjištění je skutečnost, že zaměstnanci chirurgického oddělení hodnotí péči o agresivního pacienta jako jednu z nejvíce zátěžových situací. Supervize by mohla být účinným prostředkem pro zlepšení dovedností v komunikaci s takovými pacienty. Kromě toho by management zdravotnického zařízení mohl zaměstnancům nabídnout například kurz sebeobrany pro zdravotníky.

Péče o trpícího pacienta může být subjektivně vnímána jako nejnáročnější zátěžová situace pro zaměstnance na oddělení LDN z několika důvodů. Větší část pacientů tvoří pacienti s chronickým onemocněním, onkologickým onemocněním a pacienti s trvale omezenou hybností. Tato péče často přináší vysoký emoční stres i fyzickou námahu a zahrnuje složitá etická rozhodnutí a multidisciplinární přístup.

Výsledky mého průzkumu jsem porovnála s výsledky Ledvinové (2021), která ve své diplomové práci zkoumala zkušenosti staničních sester se zátěžovými situacemi v týmu. I přes odlišné složení výzkumných vzorků bylo zjištěno, že se částečně shodují v identifikaci jedné z nejvíce zatěžujících situací pro zdravotnický personál. Obě práce uváděly konflikty mezi kolegy na pracovišti jako jednu z hlavních zátěžových situací, se kterými se zaměstnanci často potýkají. Tato studie ukázala, že zaměstnanci na oddělení následné péče častěji vnímali konfliktní situace mezi kolegy jako zátěžové ve srovnání s pracovníky na chirurgickém oddělení. To může naznačovat horší pracovní vztahy na daném oddělení. Otevřená komunikace, týmová spolupráce a řízení konfliktů podporované supervizí mohou významně přispět ke zlepšení pracovních vztahů a vytvoření pozitivní pracovní kultury. (Ledvinová, 2021)

Také provedený Českou asociací sester v roce 2013 zjistil, že na druhém místě v pořadí problémů, se kterými se sestry potýkají na svých odděleních, jsou problémy související s mezilidskými vztahy. Patří sem nedostatečná komunikace, zpochybňování autonomie a odborných schopností. I přes uplynutí deseti let od provedení výzkumu zůstávají konflikty na pracovišti významným problémem. Autoři průzkumu zdůrazňují, že supervize může být pro zdravotnický personál v této oblasti efektivní, neboť se zaměřuje na klíčové aspekty jako komunikace a zvládání stresu souvisejícího s mezilidskými vztahy. (Špirudová, 2015)

Téměř 80 % zdravotnických pracovníků, kteří byli dotazováni v rámci studie Šípové z roku 2023, uvádí, že se ve své práci setkávají s konflikty v kolektivu, což pro ně představuje zdroj stresu. Autorka studie také zkoumala jejich úvahy o změně pracovního místa a zjistila, že polovina z nich vážně uvažuje o tom, že by mohla pracovní místo změnit. (Šípová, 2023)

Z výsledků otázky dotazníkového šetření týkající se úvahám pracovníků o změně zaměstnání vyplývá, že i přes vysokou pracovní zátěž se většina respondentů (68 %) v tuto chvíli nerozhoduje pro radikální kroky jako je hledání nového zaměstnání. To ukazuje na povědomí mnoha zaměstnanců o existenci stresu a zátěže spojených s prací, avšak zatím preferují setrvání na své současné pracovní pozici. Důležité je podotknout, že téměř třetina dotázaných uvažuje o změně zaměstnání nebo aktivně zvažuje výhody a nevýhody této možnosti. Tato skupina respondentů, i když číselně menší, může být pro organizaci klíčová, zejména v případě zaměstnanců s významnými schopnostmi či zkušenostmi.

Bahlman-van Ooijen et al. (2023) v závěru své studie zaměřené na hloubkové pochopení motivací sester k opuštění profese identifikovali nedostatečnou podporu ze strany manažerů a vysoký pracovní stres jako klíčové faktory vedoucí k tomuto rozhodnutí. Důsledky takového stresu mohou mít negativní dopad nejen na duševní, ale i fyzické zdraví pracovníků ve zdravotnictví, což může vést k jejich rozhodnutí opustit tuto profesi.

Během průzkumného šetření se ukázalo, že většina respondentů uvedla aktuální formu podpory od kolegů na pracovišti, zatímco méně časté formy podpory, jako je obědová pauza, kouření a káva, byly zmíněny pouze malou částí dotázaných. Respondenti, kteří spoléhali pouze na mimopracovní formy podpory, nebyli obvykle spokojeni, což naznačuje, že tyto metody nemusí být dostatečné při zvládnání pracovní zátěže a mohou vyžadovat další průzkum a úpravu strategií podpory zaměstnanců. Naopak podpora související s prací, zejména od kolegů a nadřízených, byla hodnocena většinou pozitivně. Díky těmto zjištěním je vhodné zvážit nabídku alternativní formy podpory zaměstnanců, jako je například supervize.

Na základě zjištěných výsledků je další část průzkumu věnována problematice supervize a navazuje na další průzkumnou otázku.

Průzkumná otázka č. 2: Jak subjektivně respondenti hodnotí zavedení supervize jako pomoci při zvládnání psychické zátěže?

Ve druhé průzkumné otázce byla věnována pozornost oblastem: znalosti pojmu supervize, preferencím zavedení supervize dle oddělení a pracovního zařazení respondentů, výběru stylu a frekvence supervize a názorům na supervizi jako prevenci syndromu vyhoření a zátěžových situací.

Během průzkumného šetření bylo zjišťováno, zda oslovení respondenti mají znalost o supervizi. Získaná data ukazují, že pouze polovina oslovených respondentů je seznámena s pojmem "supervize", zatímco druhá polovina s tímto termínem zkušenost nemá. Tento výsledek signalizuje rozdílnou míru povědomí mezi dotázanými ohledně supervize jakožto možnosti profesního rozvoje a pomoci při zvládnání zátěžových situací. Je zde evidentní potřeba zlepšit povědomí o supervizi a poskytnout příležitosti ke vzdělávání a podpoře zaměstnancům, aby mohli případně plně využít potenciálu supervizního přístupu ve své práci.

Janíková (2021) ve své disertační práci zdůrazňuje důležitost vzdělávání zaměstnanců a managementu v oblasti supervize v ošetrovatelské praxi. Informace o povaze supervize a jejích dopadech na praxi profesionálů by měla být součástí tohoto vzdělávání. Úkolem managementu je motivovat pracovníky k účasti na supervizi a snižovat jejich obavy spojené s hledáním nových přístupů v péči o pacienty.

Je nezbytné, aby pracovníci měli jasnou představu o tom, co supervize obnáší a jak může přispět k jejich profesnímu a osobnímu rozvoji. Tato absence povědomí může omezovat schopnost organizace využít potenciál supervize jako nástroje pro podporu pracovního prostředí a péče o psychické zdraví zaměstnanců. (Venglářová, 2013) Tato překážka by proto měla být předem odstraněna.

Většina oslovených respondentů (53 %) projevila zájem o zavedení supervize na pracovišti, přičemž 12 % udělilo plnou podporu této myšlence. Avšak 28 % respondentů nevidí potřebu pro zavedení supervize a 7 % se proti ní kategoricky vyslovilo. Z průzkumů vyplývá, že zaměstnanci chirurgie vykazují větší zájem o supervizi než zaměstnanci na oddělení LDN. Též se ukázalo, že sanitáři vykazují menší zájem o supervizi než ostatní profesní skupiny, což naznačuje potřebu jejich podpory a motivace k zapojení do supervizních aktivit.

To je v naprostém rozporu s výsledky studie Pulpánové (2021), která se zaměřila na zátěžové situace porodních asistentek. I přesto, že jsou soubory respondentů různé, lze pozorovat určité paralely, neboť obě skupiny pracovníků působí v rámci zdravotnického prostředí, navíc porodnictví je oblastí chirurgie, která se typicky zabývá akutními situacemi. Nicméně ve studii Pulpánové byla sama autorka překvapena, že žádná z porodních asistentek nevyjádřila zájem o supervizi jako nástroje pro zvládání zátěžových situací, což naznačuje možnou neznalost nebo nedostatek povědomí o této metodě mezi pracovníky.

Průzkum předložené práce také zahrnoval otázky zaměřené na preferovanou frekvenci a formu supervize oslovených respondentů. Výsledky naznačují, že většina respondentů upřednostňuje týmovou supervizi a externího specialistu mimo nemocnici jako supervizora. Co se týče frekvence, téměř polovina respondentů preferuje individuální plánování supervize podle potřeb jejich oddělení. Je však důležité brát v úvahu individuální potřeby a situace při případném zavádění supervize.

Terry et al. (2020) ve své analýze klíčových literárních studií zaměřených na supervizi ve zdravotnictví uvádí, že klíčovým indikátorem úspěchu vztahu v rámci klinické supervize je vytvoření společného plánu obsahujícího dohodnuté cíle, časový harmonogram a očekávané výsledky. Tento plán slouží jako základní pilíř pro supervizora a supervidovanou osobu, kteří jej pravidelně reflektují a používají při hodnocení a poskytování zpětné vazby.

Většina oslovených respondentů, tj. 70 %, považuje kvalitní supervizi za potenciálně účinný nástroj prevence zátěžových situací a syndromu vyhoření u zdravotnického personálu. Naopak 25 % respondentů nemá jasný názor a pouze 5 % ji takto nevnímá vůbec.

Tento výsledek je téměř shodný s výsledky z práce Šellingové (2013). Ta dospěla též k závěru, že 77 % respondentů, které oslovila ve zdravotnických zařízeních, považuje supervizi za vhodnou formu prevence syndromu vyhoření.

Nicméně existují rozdíly v jejím hodnocení mezi různými pracovními skupinami, což naznačuje potřebu individualizovaného přístupu a dalšího zkoumání vlivu supervize v různých kontextech pracovního prostředí. Významné rozdíly v hodnocení supervize se objevily mezi staničnickými sestrami a sanitáři. Rozdíly v hodnocení supervize mezi staničnickými sestrami a sanitáři mohou být také způsobeny jejich pracovními pozicemi a úrovní dosaženého vzdělání, protože sanitáři obvykle mají nižší vzdělání než staniční sestry. Je klíčové, aby byli všichni zaměstnanci motivováni, a to i v rámci liniového managementu, kam patří právě staniční sestry. Jejich role spočívá v podpoře ostatních zaměstnanců a společném úsilí o případném zavedení supervize.

Podle Freshwatera (2003) je v procesu implementace a provádění supervize do praxe klíčová i role zdravotnických pracovníků v tom, že sami požadují, aby jim management zajišťoval přístup k supervizi jako legitimní možnost celoživotního vzdělávání a profesního rozvoje. Na straně managementu zařízení potom je odpovědnost zajistit, že zaměstnanci budou podstupovat supervizi minimálně ve stanoveném rozsahu, který společně zvolí. (Townend, 2005)

V oblasti českého ošetrovatelství se supervize stala předmětem živé diskuse, i přestože zavedení této praxe do zdravotnictví v České republice zatím není podloženo vhodným právním rámcem. Zavádění supervize do prostředí zdravotnických zařízení považují za aktuální a důležité téma. Nicméně jsem si osobně uvědomila, že bude nějakou dobu trvat, než se supervize v zdravotnických zařízeních dostane na úroveň popularity, jakou má například v sociálních službách.

8 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zkoumat problematiku zátěžových situací, se kterými se setkává zdravotnický personál, a posoudit možnosti využití supervize k jejich efektivnímu zvládnutí.

V návaznosti na tento cíl byla v teoretické části práce pojednána témata zabývající se charakteristikou zdravotnických profesí, různými druhy zátěžových situací, se kterými se zdravotnický personál může ve své profesi setkat, a následky, které tyto situace mohou způsobit. Dále byla blíže popsána supervize včetně jejích forem, cílů a možnosti jejího využití jako nástroje pro zkvalitnění práce v organizaci. Průzkum byl realizován ve vybraném zdravotnickém zařízení na oddělení chirurgie a LDN formou dotazníkového šetření.

Na základě zpracování dat byly zodpovězeny předem stanovené průzkumné otázky.

Jak zdravotnický personál subjektivně vnímá psychickou zátěž a zátěžové situace, se kterými se může ve své práci setkat?

Analýza Meisterova dotazníku odhalila klíčové oblasti pracovního prostředí ve zkoumaném zdravotnickém zařízení, které mohou negativně ovlivnit personál. Mezi tyto oblasti patří časový tlak při práci, vysoká pracovní zodpovědnost, únava a náročnost práce. Identifikace těchto oblastí s překročením kritických hodnot naznačuje možné problémy, zejména u sanitářů/ek a ošetřovatelů/ek. Závěrečná klasifikace zátěže ukázala nižší úroveň psychické zátěže, což naznačuje menší riziko vlivu na zdraví. Vztah mezi subjektivním vnímáním pracovní zátěže a ukazateli překročení kritické hodnoty hrubého skóru v Meisterově dotazníku je statisticky významný, což zdůrazňuje důležitost monitorování a podpory zaměřené na zvládnutí zátěžových situací.

Výzkum naznačil, že zaměstnanci na odděleních LDN a chirurgie vnímali zátěžové situace částečně odlišně. Konflikty na pracovišti byly více stresující pro personál LDN, zatímco agresivní chování pacientů bylo významnějším problémem pro chirurgický personál. Naopak jako nejméně zátěžovou situaci respondenti obou oddělení označili smrt pacienta. Z výsledků dotazníkového šetření také vyplynulo, že třetina respondentů zvažuje změnu zaměstnání nebo aktivně analyzuje výhody a nevýhody této možnosti.

Většina respondentů preferovala podporu od kolegů na pracovišti. Méně časté formy podpory, jako je obědová pauza nebo kouření, byly zmiňovány jen zřídka. Ti, kteří spoléhali pouze na mimopracovní podporu, s ní obvykle nebyli spokojeni. Naopak, podpora spojená s prací, zejména od kolegů a nadřízených, byla hodnocena pozitivně. Vzhledem k těmto zjištěním je vhodné zvážit nabídku alternativní formy podpory zaměstnanců, jako je například supervize.

Jak subjektivně respondenti hodnotí zavedení supervize jako pomoci při zvládnutí psychické zátěže?

Během průzkumného šetření bylo zjištěno, že pouze polovina oslovených respondentů byla obeznámena s pojmem "supervize", což naznačuje potřebu zlepšení povědomí o této možnosti profesního rozvoje. Zároveň většina respondentů projevila zájem o zavedení supervize na pracovišti, přičemž zaměstnanci chirurgie vykazovali větší zájem než zaměstnanci oddělení LDN. Téměř polovina respondentů dávala přednost týmové supervizi vedené externím specialistou, která by byla přizpůsobena potřebám konkrétních oddělení. Výsledky též naznačují, že většina respondentů považuje kvalitní supervizi za potenciálně účinný nástroj prevence zátěžových situací a syndromu vyhoření u zdravotnického personálu. Nicméně se objevovaly rozdíly v hodnocení supervize mezi různými pracovními skupinami.

Na závěr je důležité uvést, že průzkum byl prováděn uvnitř konkrétního zdravotnického zařízení v určené lokalitě. Výsledky tohoto průzkumu nelze obecně aplikovat, protože každé zdravotnické zařízení je jedinečné v rámci svého personálního složení, organizační kultury a ekonomické strategie.

Celkově lze říci, že výsledky průzkumu mohou poskytnout klíčové informace pro následující kroky zaměřené na účinné využití supervize ve prospěch personálu i celé organizace. Tyto poznatky by mohly posloužit jako základní materiál pro management zdravotnického zařízení při plánování dalších opatření. Optimalizace pracovního prostředí a péče o duševní zdraví zaměstnanců není jen otázkou osobního blaha, ale také přímo ovlivňuje kvalitu poskytované péče pacientům.

Dle mého stanoviska lze konstatovat, že cíle prezentované práce byly efektivně naplněny, neboť poskytly ucelený pohled na subjektivní hodnocení zátěžových situací a potenciálu supervize v procesu jejich zvládnutí.

9 POUŽITÁ LITERATURA

- ANDRŠOVÁ, Alena. Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- ARMSTRONG, Michael a TAYLOR, Stephen. Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy: 13. vydání. Přeložil Martin ŠIKÝŘ. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5258-7.
- BAHLMAN-VAN OOIJEN W, MALFAIT S, HUISMAN-DE WAAL G, HAFSTEINSDÓTTIR TB. Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. J Adv Nurs. 2023 Dec;79(12):4455-4471. doi: 10.1111/jan.15696. Epub 2023 May 20. PMID: 37209086.
- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- BARTŮNĚK, Petr, PTÁČEK, Radek (ed.). Soucit v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-247-4926-6.
- BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- BENEŠOVÁ, Denisa. Faktory ovlivňující pracovní zátěž sester v intenzivní péči. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, 2021.
- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5334-8.
- BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- CIPRO, Martin. Psychoanalytické koučování: vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného. Manažer. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5350-8.
- DOSTÁLOVÁ, Olga. Péče o psychiku onkologicky nemocných. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5706-3.
- DUTKOVÁ, Andrea. Jak vnímat stres: průvodce pro vnitřní pohodu. Zdraví & životní styl. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-2568-5.

FABIÁN, Petr. Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021. ISBN 978-80-7560-368-5.

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO, *Supervize ve FN Brno. Online.* Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/supervize-ve-fn-brno/t6630>. [cit. 2024-03-11].

HÁJEK, Karel. Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0221-9.

HAMPLOVÁ, Lidmila. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0568-7.

HAUKE, Marcela. Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HAVRDOVÁ, Zuzana a Martin HAJNÝ. Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-532-1.

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.

HECKEMANN B., et. al., 2015. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature [online]. Nurse Education Today. Volume 35, Issue 1, January 2015, Pages 212-219 [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.003>

HELUS, Zdeněk. Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3037-0.

HLADKÝ, Aleš a ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-890-5.

HORÁK, Michal. Supervize: příručka pro uživatele. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2022. ISBN 978-80-88361-21-3.

JANÍKOVÁ, Eva. *Supervize a její vliv na syndrom vyhoření pracovníků ve zdravotnictví.* Disertační práce. Ostrava: Ostravská univerzita, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, 2021.

- JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. Interní supervize. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-06-1.
- KABELKA, Ladislav a CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena. Syndrom křehkosti: indikace péče, podpora života v nemoci, komunikační dovednosti. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3178-5.
- KALINA, Kamil, ŠIMEK, Antonín, ed. Supervize – kazuistiky. V Praze: Triton, 2004. ISBN 80-7254-496-9.
- KALVACH, Zdeněk. Zdraví a nemoc: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů. Středokluky: Zdeněk Susa, 2019. ISBN 978-80-88084-21-1.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.
- KARP, Gabe. Konflikt jako cesta k úspěchu: nezlobte se na tučňáky doma ani v práci. Přeložil Ivana SÝKOROVÁ. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3706-0.
- KELNAROVÁ, Jarmila. Tanatologie v ošetrovatelství. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KLEPÁČKOVÁ, Olga; KREJČÍ, Zuzana a ČERNÁ, Martina. *Sociální práce na příkladech z praxe*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3074-0.
- KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 6., V Portálu 5. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.
- KOŽINOVÁ, Dagmar. Jak zvládnout stres a posílit odolnost. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3413-7.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4436-0.
- KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- LEDVINOVÁ, Erika. *Supervize pohledem managementu*. Pardubice, 2021. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

LILLEY, Roy C. Jak jednat s problematickými lidmi: rychlé a účinné strategie jednání nejen s potíživými. Přeložil Tomáš PIŇOS. Vstříc úspěchu. V Brně: Lingea, 2020. ISBN 978-80-7508-607-5.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MAREŠOVÁ, Lucie. *Zátěžové situace a ošetrovatelský personál*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2016.

MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MELLANOVÁ, Alena. Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5589-2.

MICHKOVÁ, Adéla. *Supervize*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-145-1.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, *Projekt Prevence II*. Online. Mzcr. 2023. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-zavery-projektu-venuujiciho-se-negativnimu-dopadu-stresu-a-vycerpani-na-zdravotnicke-pracovniky>. [cit. 2024-03-11].

ONDŘIOVÁ, Iveta. Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1696-6.

ONDŘIOVÁ, Iveta a FERTAĽOVÁ, Terézia. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1728-4.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.

PEŠEK, Martin, 2020. Únava ze soucitu: je možné pečovat příliš? Sociální služby, roč. 22, č. 2, s. 30. ISSN 1803-7348.

PLACHÁ, H., 2015. Pracovní nespokojenost sester v České republice. Praktický lékař, 2015, roč. 95, č. 2, s. 59-64. ISSN 0032-6739.

PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.

PLEVOVÁ, Ilona. Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.

PULPÁNOVÁ, Aneta. Zátěžové situace v práci porodní asistentky. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021.

ROHWETTER, Angelika. Únava ze soucitu: jak předcházet vyčerpání v pomáhajících profesích. Přeložila Kateřina PREŠLOVÁ. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1891-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetrovatelství v interně I. Sestra (Mladá fronta). Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-1743-7.

ŠIMKOVÁ, Radka. Supervize v práci zdravotně – sociálního pracovníka. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií, 2013.

ŠÍPOVÁ, Kateřina. Profesionální stres a jeho dopad na zdraví zdravotnických pracovníků. Diplomová práce. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2023.

ŠELLINGOVÁ, Martina. Supervize jako forma podpory duševního zdraví sestry. Plzeň, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5711-7.

TAHAL, Radek. Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy. 2. vydání. Expert (Grada). Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3535-6.

TERRY, DANIEL R et al. Supervision in Healthcare: A Critical Review of the Role, Function and Capacity for Training. Online, literature review. Universal Journal of Public Health, 2020. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/reader/6ac7c2e7c825efe44e42002c4a9d593cbbc05406>. [cit. 2024-04-02].

TOWNEND M. Interprofessional supervision from the perspectives of both mental health nurses and other professionals in the field of cognitive behavioural psychotherapy. J Psychiatr

Ment Health Nurs. 2005 Oct;12(5):582-8. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00878.x. PMID: 16164509.

URBAN, Jan. Psychologie pro každý den, aneb, Co nás ve škole o nás ani druhých neučili. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-5182-0.

ÚZIS. ZDRAVOTNICTVÍ ČR: PERSONÁLNÍ KAPACITY 2021. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008416/nzis-rep-2022-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2021.pdf>. [cit. 2024-02-08].

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. Komunikace pro zdravotní sestry. Sestra (Grada). Praha: Grada, c2006. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Supervize v ošetrovatelské praxi. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

VÉVODA, Jiří. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.

VORLÍČEK Jiří, Marta KREJČÍ a ADAM Zdeněk. Obecná onkologie. Praha: Galén, c2011. ISBN 9788072627158.

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva a KUBÁTOVÁ, Lucie. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

ŽIDKOVÁ, Zdenka. 2013. Meisterův dotazník [online]. [cit. 2019-11-5]. Dostupný z WWW: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

10 PŘÍLOHY

Příloha A – Škála stresu (<i>Holmes, Rahe, 1967</i>)	85
Příloha B – <i>Dotazník (včetně Meisterova dotazníku)</i>	90

STRESOR	body	STRESOR	body
1. smrt manžela/manželky	100	23. syn nebo dcera opouští domov	29
2. rozvod	73	24. neshody s tchýní nebo tchánem	29
3. rozchod s partnerem	65	25. mimořádný osobní úspěch	28
4. pobyt ve vězení	63	26. manželka vstoupila do zaměstnání nebo její odchod	26
5. úmrtí v nejbližší rodině	63	27. zahájení nebo ukončení školy	26
6. vlastní úraz nebo nemoc	53	28. změna životních podmínek	25
7. vlastní svatba	50	29. změna osobních zvyklostí	24
8. ztráta v zaměstnání	47	30. spory s nadřízeným	23
9. usmíření s partnerem	45	31. změna pracovních podmínek nebo doby	20
10. odchod do důchodu	45	32. změna bydliště	20
11. nemoc rodinného příslušníka	44	33. změna školy	20
12. těhotenství	40	34. změna trávení volného času	19
13. sexuální potíže	39	35. změna činností v církevní oblasti	19
14. příchod nového člena rodiny	39	36. změna ve společenské činnosti	18
15. změna postavení v zaměstnání	39	37. půjčka méně než 50 000 Kč	17
16. změna ve vlastní finanční situaci	38	38. změna návyků ve spánku	16
17. smrt blízkého přítele	37	39. změna četnosti rodinných setkání	15
18. změna zaměstnání	36	40. změna návyků v jídle	15
19. přibývání partnerských hádek	35	41. dovolená	13
20. půjčka větší než 50 000 Kč	31	42. Vánoce	12
21. větší dluhy	30	43. nepatrné přestupky zákona	11
22. změna odpovědnosti v zaměstnání	29		

Příloha A Škála stresu (Holmes, Rahe, 1967)

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Jmenuji se Radka Rázková, studuji na univerzitě Pardubice, obor organizace a řízení ve zdravotnictví. Téma mé diplomové práce je „Potenciál supervize při zvládnání psychické zátěže zdravotnického personálu.“. Touto cestou bych vás chtěla požádat o pomoc při zpracování výzkumné části. Vyplněním dotazníku mi pomůžete získat informace k dokončení mé diplomové práce. Dotazník je zcela anonymní, obsahuje 21 otázek a vyplnění vám zabere přibližně 15 minut. Předem děkuji za váš čas a ochotu.

1. Pohlaví

- žena
- muž

2. Věk.....

3. Pracovní zařazení

- sanitář/ka
- ošetřovatel/ka
- praktická sestra
- všeobecná sestra
- staniční sestra

4. Délka praxe v oboru zdravotnictví.....

5. Nejvyšší dosažené vzdělání

- Vyučen
- Středoškolské s maturitou
- VOŠ
- VŠ – bakalářské
- VŠ – magisterské

6. Oddělení, na kterém pracujete

- Chirurgické oddělení
- Oddělení následné péče

MEISTERŮV DOTAZNÍK

U každé otázky označíte 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

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

7. Jak byste subjektivně ohodnotil/a celkovou pracovní zátěž, kterou na vás vaše práce klade?

- Velmi vysoká
- Spíše vysoká
- Ani vysoká, ani nízká
- Spíše nízká
- Velmi nízká

8. Jak často je pro Vás v daném okamžiku prožívaná pracovní zátěž tíživá až neúnosná?

- Pokaždé, když jsem v práci
- Velmi často (několikrát do měsíce)
- Občas (několikrát do roka)
- Méně často (jen párkrát za svou praxi)

9. Jak vnímáte tyto situace, které na Vás mohou při práci působit?

Zátěžové situace	1 – vnímám jako nejméně zátěžové				
	5 - vnímám jako nejvíce zátěžové				
Trpící pacient	5	4	3	2	1
Úmrtí pacienta	5	4	3	2	1
Agresivní pacient	5	4	3	2	1
Nespolupracující pacient	5	4	3	2	1
Zmatený pacient	5	4	3	2	1
Konfliktní situace s rodinou pacienta	5	4	3	2	1
Konfliktní situace na pracovišti (s kolegou, nadřízeným nebo podřízeným, apod)	5	4	3	2	1
Celkové pracovní vytížení (přesčasy, vysoké požadavky)	5	4	3	2	1

10. Se kterými z těchto situací se ve své práci setkáváte nejčastěji? (vyberte maximálně 3 možnosti)

- Trpící pacient
- Smrt pacienta
- Agresivní pacient
- Nespolupracující pacient
- Zmatený pacient
- Konfliktní situace s rodinou pacienta
- Konfliktní situace na pracovišti (s kolegou, nadřízeným nebo podřízeným, apod)
- Celkové pracovní vytížení (přesčasy, vysoké požadavky, apod)

11. Kdo, nebo co Vám na pracovišti pomáhá pracovní zátěž zvládnout? (napište odpověď)

.....

.....

.....

.....

12. Je pro Vás tato forma podpory vyrovnávání se zátěžovými situacemi dostačující?

- Ano, zcela
- Ano, pouze částečně
- Nevím, jak kdy
- Ne, je spíše nedostačující
- Ne, je zcela nedostačující

13. Uvažoval/a jste poslední dobou o změně práce z důvodu vysoké pracovní zátěže?

- Určitě ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Zvažuji výhody a nevýhody
- Určitě ano

Supervize vnímám jako jednu z potencionálních forem podpory při zvládnání stresu a zátěžových situací. Proto bych ráda druhou část dotazníku věnovala tématu supervize.

Na základě rozhovoru s vrchní sestrou Vašeho oddělení jsem zjistila, že supervize na Vašem pracovišti neprobíhá, a proto bych ráda zjistila, zda by pro Vás byla přínosem.

14. Máte zkušenosti se supervizí?

- Ano
- Ne

15. Co si představujete pod pojmem supervize a v čem si myslíte, že by ve vaší práci mohla být nápomocná? (napište odpověď)

.....

.....

.....

.....

.....

16. Ocenil/a byste zavedení supervize na vašem oddělení?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

17. Pokud by u Vás měla probíhat, jaký styl supervize byste považoval/a za nejvíce přijatelný?

- Individuální supervize (pracovník samostatně se supervizorem)
- Skupinová supervize (stejně kvalifikovaný personál např sestry, sanitáři, ošetřovatelé z různých oddělení se supervizorem v jedné skupině)
- Týmová supervize (všechen personál „celý tým“ z jednoho oddělení se supervizorem)
- Kombinace forem

18. Kdo by podle Vás měl supervizi vést?

- Interní supervizor (zaměstnanec nemocnice)
- Externí supervizor (specialista mimo nemocnici)

19. Jaká frekvence supervize by pro Vás byla vyhovující?

- 1 x ročně
- 1 x za půl roku
- 4x - 6x ročně
- Individuálně dle potřeby daného oddělení
- Pokud se více zaměstnanců shodne, že by bylo vhodné ji absolvovat

20. Domníváte se, že správně prováděná supervize může být vhodnou prevencí zátěžových situací, nebo syndromu vyhoření?

- Ano
- Spíše ano
- Nemám názor
- Spíše ne
- Ne

21. Pokud byste měl/a zájem o zavedení supervize na Vašem pracovišti, na koho byste se obrátil/a?

- Staniční sestra
- Vrchní sestra
- Náměstek/náměstkyně pro ošetřovatelskou péči
- Primář/ka oddělení
- Nikdo
- Někdo jiný(uved'te prosím kdo)