

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Marta Papežová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Zvládání psychické zátěže sestrami

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce
PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Autor práce
Marta Papežová R.N.

2009

Nurses and mental stress management

The present bachelor's thesis focuses on mental stress management among nurses working in departments of surgery and internal medicine. Today, when the health care has become more and more demanding in terms of professional expertise and social skills, this issue cannot be omitted. The thesis tries to observe the methods used by nurses in order to cope with mental stress while performing their job, it analyzes how such stress may influence the health care given, and lastly it tries to find out what the nurses are missing so that they can manage the mental stress. The survey was carried out by way of quantitative method. The data were collected from questionnaires. The survey focused on the target groups of nurses in the surgery departments in hospitals in Havlíčkův Brod, Jihlava, and Pelhřimov, and in the department of internal medicine in the same hospitals. First, there were defined three hypotheses. The survey outcome showed that the nurses in question give preference to using effective strategies in order to manage stressful situations than using inefficient and ineffective ones. They often make an effort to analyze the situation rationally and if needed, they ask for help, which proves correct the first hypothesis: Nurses try to analyze the situation objectively and solve the problem effectively. Most nurses are sure that the mental stress often influences the quality of the health care provided, that it has a negative impact on the relations with patients and communication between them and health care staff. The survey also found out that nurses who are mentally stressed out make mistakes. This proves the second hypothesis: Mental stress has a negative impact on the health care provided by nurses. The third hypothesis presumed that a lack of health care staff is the main cause for mental stress among nurses. This hypothesis has not been confirmed. The conclusion found out that all nurses lack auxiliary staff, qualified nurses, and quality personal background; some nurses also lack technical equipment, interest shown by management in their mental health, and enough relaxation because of time stress. Alarming number of nurses stated they increasingly do not find their work meaningful which leads to long-term feelings of exhaustion. A few nurses added that such situation makes them feel negative towards co-workers and clients which might be related to burnout syndrome. The outcome of the survey shall be handed to nurses in the

departments of surgery and internal medicine in all hospitals to provoke more thoughts and also to the managements for further feedback and possible improvements in working conditions so that the nurses are healthier and the quality of health care better.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Zvládání psychické zátěže sestrami vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5. 5. 2009

.....

Marta Papežová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Trešlové, Ph.D., která mi pomohla svými odbornými a zkušenými radami při vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji sestřám standardních chirurgických a interních oddělení za ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1 SOUČASNÝ STAV.....	4
1.1 Stres.....	4
1.1.1 Definování stresu	4
1.1.2 Stres – předmět studia mnoha badatelů.....	6
1.1.3 Teorie stresu a distresu.....	7
1.1.4 Stres jako reakce	8
1.1.5 Psychická zátěž	10
1.1.6 Projevy stresu.....	14
1.1.7 Působení stresu na zdravotní stav	15
1.1.8 Mechanismy zvládnání stresu	16
1.1.9 Obranné mechanismy kognitivní	17
1.2 Syndrom vyhoření.....	19
1.2.1 Definování syndromu vyhoření	19
1.2.2 Příčiny syndromu vyhoření.....	20
1.2.3 Stadia vývoje vyhoření.....	21
1.2.4 Dopady vyhoření na pracovníky	22
1.2.5 Prevence syndromu vyhoření.....	23
1.2.6 Léčba syndromu vyhoření.....	25
1.3 Charakteristika práce sester.....	26
1.3.1 Definování oboru chirurgie	26
1.3.2 Práce sester na chirurgickém oddělení.....	26
1.3.3 Definování oboru vnitřního lékařství.....	29
1.3.4 Práce sester na interním oddělení.....	29
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	32
2.1 Cíl práce.....	32
2.2 Hypotézy	32
3 METODIKA.....	33
3.1 Použité metody.....	33

3.2	Charakteristika výzkumného souboru	33
4	VÝSLEDKY	34
4.1	Chirurgické oddělení	34
4.2	Interní oddělení	74
5	DISKUSE.....	117
6	ZÁVĚR	129
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	130
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	133
9	PŘÍLOHY	134
9.1	Seznam příloh.....	134

ÚVOD

Práce ve zdravotnictví je velmi náročná a bezesporu patří mezi vysoce zátěžová povolání. Dokladem toho je celá řada rizikových faktorů, kterým jsou zdravotničtí pracovníci denně vystaveni, a také každoročně stoupající počet nemocí z povolání. Vedle fyzické náročnosti práce a rizika infekce se stává stále závažnějším problémem i psychická zátěž. Tato problematika je v dnešní době velice aktuální a je důležité se jí zabývat a snažit se o její řešení. Proto jsem si i toto téma zvolila.

Sestry jsou dnes nuceny stále se přizpůsobovat změnám. Musí být flexibilní, vždy dobře informované, je nutné, aby rozuměly technice a bezchybně prováděly každodenní úkony. Od zdravotnických zařízení se očekává, že budou pracovat nejen kvalitně, ale i ekonomicky. Je tedy třeba odvádět co nejlepší práci s co nejnižšími náklady, čímž vznikají další rizikové faktory v povolání sester. To dokládají nejen tvrzení samotných pracujících, ale také zkušenosti odborníků ve zdravotnictví a statistické údaje. Opatření, týkající se vybavenosti a početního navýšení personálu, logicky závisí na výši volných finančních prostředků. Nemocnice mohou nalézt peníze v rámci hospodaření celého zařízení nebo v pojišťovnách. Záleží však samozřejmě na tom, jaké priority má management jednotlivých oddělení. Je otázkou, zda je stres pouze nevyhnutelnou součástí profese, anebo skutečnou hrozbou, kterou dnes zaměstnavatelé opomíjejí (9).

Vývoj pracovních podmínek směřuje do budoucna ke snižování podílu fyzicky náročných prací a naopak vede k nárůstu psychické zátěže. Stres na pracovištích dosahuje rozměrů epidemie a sestry jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin. Vysoké požadavky, které jsou kladeny na práci, nutnost podávat maximální výkon i při nedostatku personálu, nízké finanční ohodnocení a nedostatečná prestiž oboru... To jsou stresory, které vedou k únavě a k pocitu přetrvávající vyčerpanosti, což může výrazně ovlivnit kvalitu poskytované péče. Tento problém se týká i sester pracujících v standardních medicínských oborech, jako je např. chirurgie a interna (9).

Hlavním cílem této práce je zjistit, jak se sestřím daří zvládat každodenní psychickou zátěž při péči o pacienty, jak se dokáží se stresovými situacemi nebo případným syndromem vyhoření vyrovnat, a možný vliv psychické zátěže na poskytovanou péči. Dalším záměrem bylo zjistit, co sestry postrádají a co jim chybí ke zvládnutí této zátěže.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Stres

1.1.1 Definování stresu

Co je stres dokáže svým vlastním způsobem definovat více či méně odborně každý. Téměř všichni se však shodneme na zjednodušeném vyjádření, že stres je reakcí organismu na určitou životní zátěž. Nastupuje v neznámé situaci, v nutnosti vyrovnat se s nějakou změnou. Jeho vlivem dochází k aktivaci organismu, která vede k pasivnímu nebo agresivnímu řešení problému a k odstranění stresoru. Tedy podle Praška a Praškové: „Stresová reakce přivádí organismus do stadia pohotovosti a připravenosti ‚k boji‘ nebo ‚útěku‘“ (25, s. 14). Osobně by mně zajímalo, který okamžik je hranicí pro rozhodnutí „připravím se k boji“ nebo „dám se na útěk“ a domnívám se, že by to bylo dobré téma pro další výzkum. Další zajímavou otázkou je, zda člověk volí „útěk“, protože nemá dost sil, nebo protože „boj“ nehodnotí jako dostatečně přínosný.

Vysvětleme si nyní některé základní pojmy, jež s charakteristikou stresu úzce souvisí. V první řadě se jedná o pojmy *stresor a stresová situace* (15).

Stresory jsou běžné nebo mimořádné situace a události našeho života, které náš organismus vyvádějí z rovnováhy. Organismus na stresory reaguje adaptací. Díky adaptaci organismu jsme pozornější, ostražitější, dokážeme stresorům lépe čelit a máme i více energie k přemýšlení a jednání. Ovšem způsoby, jakými jedinec dokáže daným faktorům vyvolávajícím stres čelit, se výrazně liší. Každý člověk má své charakteristické schopnosti, jak se vyrovnávat se stresem a každý je svým způsobem adaptabilní. Schopnost adaptace závisí kromě dědičných vlivů i na mnoha dalších faktorech. Velkou úlohu zde hraje počet stresorů, charakter jedince, jeho individuální vnímavost, psychosomatická odolnost, zkušenosti s daným stresem a v neposlední řadě záleží i na rodinném a společenském prostředí. Každý z nás je vnímavý ke svému okolí specifickým způsobem. Rozhodující jsou i takové vrozené vlastnosti jako například emotivita, stejně jako sekundárně získaná emoční labilita. Podle odborníků jsou zranitelnější lidé s vyšší emocionální citlivostí. Tedy čím je člověk citlivější, tím více se ho stres dotýká a tím hůře se s ním vyrovnává. Z tohoto konstatování vyplývá,

že co je pro jednoho člověka stresovým faktorem, u jiného žádný stres vyvolat nemusí (15, 24, 25).

Pro definici *stresové situace* je podstatný poměr mezi mírou stresogenní situace a „silou“ danou situaci zvládat. „O stresové situaci hovoříme tehdy, jestliže míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost nebo možnost daného člověka tuto situaci zvládnout“ (15, str. 170). Obecně jde o tzv. „nadlimitní zátěž“, která způsobuje vnitřní napětí a kritické narušení rovnováhy organismu (15).

Pro úplnost ještě vysvětlíme pojem *distres* a *eustres*. *Distres* je označení pro negativní citové vzrušení, potlačený útok a negativně prožívaný stres. Tímto termínem dnes obvykle rozumíme situaci subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby s často výrazně negativními emocionálními příznaky. Tedy k distresu dochází, pokud jsme přesvědčeni o nedostatku svých sil a možností, jak zvládnout to, co nás ohrožuje a emocionálně to těžce neseme (15).

Opakem distresu je *eustres*, jež lze definovat jako kladné citově vzrušení, pocit dobra, přízně, síly a energie. Příkladem eustresu může být např. situace, která nám přináší radost, avšak vyžaduje určitou námahu (např. svatba, výhra apod.) O eustresu se dá hovořit i tehdy, když se lidé z vlastní iniciativy dostávají do hraničně rizikových situací, například při provozování adrenalinových sportů (15).

Jednoznačně je stres komplexní proces, který má své určité typické projevy. Jeho zkoumáním se zabývají odborníci nejrůznějšího zaměření – psychologové, psychiatři, biochemici atd. Shodují se v jednom – při zkoumání stresu a jeho působení se musí zkoumat člověk jako jedna složka – tělesná i duševní, nelze je oddělit, protože se navzájem podporují a iniciují. Zkoumat, jak jedinec reaguje z biologického i fyzikálně chemického hlediska, v rovině tělesné, duševní i duchovní, je velmi obtížné (15).

Ačkoli byl stres mnohokrát definován, odborná veřejnost se zatím neshodla na jednotné definici.

V následující kapitole si připomeneme základní poznatky, k nimž věda dospěla během mnohaletého výzkumu chování lidí a zvířat.

1.1.2 Stres – předmět studia mnoha badatelů

Podívejme se především, jak se postupně vyvíjely poznatky o stresu, které byly završeny formulací o teorii stresu.

Ivan Petrovič Pavlov, známý ruský vědec, si jako první povšiml, že člověk reaguje na různé podněty různým způsobem. Uvědomil si, že to vše se projevuje fyziologickými změnami živého organismu a začal první pokusy se živými zvířaty - se psy. Výsledky, ke kterým dospěl, byly na svou dobu pozoruhodné. Od pokusů se zvířaty a výzkumu fyziologie trávení, kdy dokázal, že nervový systém hraje dominantní podíl v procesu trávení, se postupně vědeckými způsoby propracoval až k výzkumu podmíněných reflexů. Odvodil tři základní principy (determinismu, analýzy a syntézy, struktury), které vedly k objevu zákonů řídicích funkcí živého organismu jako celku. Odhalil základní zákony řízení činnosti velkých hemisfér kůry mozkové. Vznikla jednotná teorie vyšší nervové aktivity (15).

Dalším vědcem, který se věnoval této problematice, byl americký fyziolog *W. Canon*. Podařilo se mu prokázat, že v situaci ohrožení se aktivuje celý organismus, přičemž dochází ke zvýšení sympatického nervového systému a tímto objevem se stal průkopníkem studia tzv. sympatoadrenálního systému při stresu (15).

Na výsledky Cannonovy práce navázal *Hans Selye*. Ten položil základy k takzvanému kortikoidnímu pojetí stresu. I on prováděl své výzkumy nejprve na zvířatech. Zkoumal změny v činnosti jejich fyziologických funkcí, jakmile se ocitla v zátěžových situacích. Hlavním předmětem jeho zájmu byla činnost endokrinního systému. Výsledky výzkumu přivedly Selye k závěru, že soubor pozorovatelných změn fyziologických funkcí vykazuje určitou stálost. Bez ohledu na stresory je soubor fyziologických reakcí stále stejný. Selye formuloval stres jako stav organismu po selhání normálních mechanismů a zároveň jako výsledek interakce mezi určitou silou působící na člověka a schopnosti organismu odolat tomuto tlaku. Jeho zjištění mělo velký význam, protože se stalo základem pozdějšího zrodu modelu nemocí, které dnes známe pod názvem „civilizační choroby“ (14, 15, 20).

Dalším významným vědcem byl *R. Lazarus*. Ten se soustředil na kognitivní, specificky lidskou charakteristiku zvládání těžkostí. Zabýval se změnami v psychice

člověka, jenž se dostává do těžké životní situace. Podle jeho názoru člověk nejprve zváží situaci z hlediska ohrožení (vlastní existence, zdraví, sebehodnocení, vlastní pověsti apod.) a teprve druhotně zhodnotí své možnosti při zvládnání situace. To znamená, že zvažuje svou naději ubránit se tomuto ohrožení, např. díky schopnostem ubránit se hrozícímu nebezpečí nebo díky ofenzivním strategiím, které daný člověk ovládá, nebo díky schopnostem zvládnout problém útokem. V neposlední řadě je třeba při hodnocení rizikového charakteru situace brát v potaz i zranitelnost daného člověka. Lze tedy říci, že při objektivně stejném riziku je např. dítě nebo dospívající podstatně zranitelnější než člověk dospělý. Zranitelnější je také ten, kdo se s danou situací ještě nesešel. Naproti tomu člověk, který již má s podobnou rizikovou situací zkušenosti, se s ní pravděpodobně vyrovná lépe. Z těchto poznatků Lazarus vycházel, když modeloval situace ohrožení a jejich zvládnání. Rovněž na základě studia toho, jak se člověk chová v situaci ohrožení, popsal důležitý moment – respektování kognitivních, emocionálních a konativních (volních) aspektů (14).

Závěrem lze říci, že v současné době existuje několik teorií stresu a distresu.

1.1.3 Teorie stresu a distresu

Dosud bylo publikováno mnoho materiálů, ve kterých je pozornost věnována stresu a distresu, avšak pro jejich četnost je současný stav nepřehledný. V odborných časopisech vychází ročně v průměru přes čtyři sta článků věnovaných této problematice. Nezanedbatelnou pomoc při snaze o porozumění celé problematice nám mohou poskytnout teorie, které se snaží vystihnout určitou strukturu a řád dílčích empirických a experimentálních zjištění v dané oblasti. Pro lepší orientaci můžeme teorie stresu a distresu rozdělit do několika oblastí (15).

Kognitivní teorie vychází z představ o omezené kapacitě našich kognitivních schopností a možností. Jako příklad můžeme uvést pozornost, která má omezenou kapacitu. Jestliže se v zorném poli objeví více podnětů, než je pozornost schopna obsáhnout, nemůže je člověk zachytit všechny (15).

Z obdobného poznatku, jenž je základem kognitivní teorie, vychází i *emocionální teorie* stresu, v níž je kladen velký důraz na emoce. Ukázalo se, že stres vyvolává pocity

neuspokojení potřeb a důsledkem frustrace dojde ke snížené motivaci, případně zvýšení agrese (15).

Další z teorií uváděných v odborné literatuře je *teorie bezmoci a naučené bezmoci*. Stavům, jež můžeme pozorovat v situacích distresu, kdy člověk neúspěšně bojuje s tím, co ho ohrožuje, a není v jeho silách situaci zvládnout, věnoval mnoho pozornosti Seligman. Když se takový člověk mnohokrát neúspěšně pokouší situaci vyřešit, dochází k jevu, který Seligman pojmenoval termínem „naučená bezmocnost“. Jedinec je přesvědčen, že mu v jeho těžké situaci nemůže již nic pomoci, a selhává i tam, kde by své obtíže mohl úspěšně zvládnout (15).

Musíme se ještě zmínit o *fyziologické teorii*. Fyziologové rovněž často upozorňují na to, že stres způsobuje zvýšení celkového ladění pozornosti, a to se mimo jiné projeví i zúžením pole pozornosti. To znamená, že se na jedné straně zlepší postřeh v tomto úzkém poli pozornosti, na druhé straně se však zhorší pozornost na okrajích zorného pole (15).

Pro doplnění všech informací o působení stresu na lidský organismus si v následující kapitole popíšeme stres jako reakci.

1.1.4 Stres jako reakce

Teorii stresu jako reakce formuloval Hans Selye. Stres definoval jako „nespecifickou odpověď organismu na jakýkoliv druh požadavku, který se na něj klade“ (14, s. 795). Aniž by se ohlížel na příčinu, situaci a psychologickou interpretaci dané situace, Selye charakterizoval stresovou odpověď stejným souborem psychických jevů. Tuto nespecifickou odpověď nazval *generální adaptační syndrom (GAS)*. Stres lze pozorovat pouze na základě změn, které vyvolá v těle. Reakce organismu, tzn. generální adaptační syndrom, se projeví po uvolnění určitých adaptačních hormonů, které doprovází změny ve struktuře a chemickém složení těla. Stresem je nejvíce ohrožen trávicí systém, nadledvinky a lymfatické struktury. Kromě této celkové adaptace může být reakce organismu i lokální – na stres reaguje pouze jeden orgán anebo jedna část těla. V takovém případě mluvíme o *lokálním adaptačním syndromu (LAS)*. Selye dospěl

k závěru, že GAS i LAS se projevují ve třech fázích: *poplachové, fázi rezistence a vyčerpání (14)*.

V případě *poplachové fáze* dochází při střetnutí organismu se stresorem k „vyhlášení poplachu“, to znamená, že se v organismu aktivizují všechny obranné možnosti. Selye diferencoval první stupeň reakce na šokovou a protišokovou fázi. Nastane-li šoková fáze, může si jedinec působení stresoru buď uvědomovat, anebo neuvědomovat. Vždy však na základě působení stresoru dochází k reakci autonomního nervového systému a důsledkem toho je nadměrné uvolňování adrenalinu a kortizonu do krve. V tomto okamžiku je jedinec připraven na reakci boj nebo únik. Následuje protišoková fáze, během níž se v organismu odehrávají opačné změny (14, 20, 26).

V další fázi dochází k *adaptaci* organismu. Obecně lze říci, že v tomto stádiu organismus se stresorem bojuje a zároveň se snaží se stresorem vyrovnat a omezit jeho působení na co nejmenší oblast těla. Výsledek závisí na tom, jak silný je tento stresor a jak bojeschopný je organismus. Může se i stát, že oba momenty jsou v rovnováze a boj se může protáhnout (14, 20, 26).

Následně se dostavuje *fáze vyčerpání*. Podle Selyeova modelu je tato fáze charakterizována aktivací parasympatického systému. Obecně lze říci, že organismus se v této fázi boje se stresorem vzdá a hroučí se. Jsou tedy vyčerpány způsoby, pomocí nichž se organismus vyrovnával se stresorem. Na konci tohoto stádia se může dostavit odpočinek a návrat do normálního stavu, anebo dojít ke smrti jedince (14, 26).

H. Selye prokázal, že generální adaptační syndrom zahrnuje více fyziologických změn v organismu. V první řadě stresor vyvolá reakci sympatického nervového systému, jež stimuluje hypotalamus. V hypotalamu dochází k tvorbě hormonu uvolňujícího kortikotropin, který způsobí stimulaci přední části hypofýzy a z něj se uvolňuje adrenokortikotropin. V případě stresu se z dřeně nadledvinek, která funkčně souvisí s autonomním nervovým systémem, vylučuje adrenalin a noradrenalin. Zvýšenou hladinu adrenalinu provází celá řada změn. Jedná se o zvýšenou kontraktilitu myokardu, zrychlenou srdeční akci a zvýšený průtok krve do aktivních svalů, bronchiální dilataci, která umožňuje zvýšený přívod kyslíku, zvýšenou srážlivost krve, zvýšený buněčný metabolismus, zvýšený metabolismus tuků na získání dostupné

energie a syntézu takových látek, které organismus potřebuje. Působení noradrenalinu se projevuje snížením množství krve v ledvinách a zvýšenou sekrecí reninu. Renin je enzym, který hydrolyzuje jeden z krevních proteinů. Z něho se tvoří angiotenzin, který vyvolává konstriktci arteriol a následkem toho dochází ke zvýšení krevního tlaku (14, 26).

Hans Selye svým zjištěním načrtl jeden model zrodu nemocí, které dnes známe např. pod názvem „civilizační nemoci“. Jedná se o nemoci typu kardiovaskulárních onemocnění, vysokého krevního tlaku, artritidy, poruchy imunitního ochranného systému a podobně (15).

1.1.5 Psychická zátěž

Z toho, co bylo doposud řešeno, vyplývá, že distres zásadním způsobem negativně ovlivňuje jak naše zdraví, tak běžnou činnost. Nelze se tedy divit, že otázce stresorů, tj. faktorů, které vedou ke stresu a distresu, byla pozornost věnována dosti často. Předmětem studia mnoha odborníků se stala psychická zátěž.

Zátěže v profesní činnosti účinkují na člověka z vnějšího prostředí a současně kladou individuální nároky na každou zatíženou osobu. Psychickou zátěž můžeme charakterizovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Psychická zátěž je nespecifický faktor, který má vliv na vznik a rozvoj nemocí z povolání a rovněž ovlivňuje pracovní pohodu pracovníků. Projevuje se v úrovni *emoční, mentální, sociální a senzorické* (28).

Převěďme tyto formy psychické zátěže na sestru. Z hlediska *emoční zátěže* nastává problém v tom, že sestra je nucena profesionálně skrývat své pocity, což může vést při dlouhodobějším stavu k psychické poruše. Dochází k dlouhodobému vyčerpání, ochlazuje se vztah vůči spolupracovníkům. Nejhorší však je, že sestra ztrácí pocit, že dělá smysluplnou a potřebnou práci (19, 28).

Z hlediska *mentální zátěže* jsou nejvíce zatěžující neustálé myšlenky na to, co všechno musí sestra stihnout v průběhu poměrně krátkého pracovního úseku. Pravdou je, že mnoho pracovních úkonů je stejných, denně se s větší nebo menší obměnou opakují, ale mají jedno společné – všechny se musí splnit. Mentální zátěž vyplývá

z požadavků na zpracování informací kladoucí nároky na psychické procesy, zejména paměť, pozornost, představitivost, myšlení a rozhodování (19, 28).

Považuji za potřebné se podrobněji zmínit o *sociální zátěži*. Na každém pracovišti jsou základem zavedené normy chování, spolupráce, dodržování pracovních předpisů a především kvalitní komunikace mezi samotnými sestrami, mezi sestrami a lékaři, mezi sestrami a pacienty. Kvalita sociálního klimatu je dána tím, do jaké míry členové přijímají zavedené normy chování, jak se ztotožňují se společnými úkoly a cíli. Skladba kolektivu má rozhodující vliv na pocity pracovní spokojenosti, dobrou sociální atmosféru a pracovní komfort. Při práci s ostatními dochází k interpersonálním konfliktům. Na pracovišti se setkávají různí lidé – jedni jsou ti, kteří z obavy, aby neudělali něco špatně, jsou až úzkostlivě bojácní, snadno podléhají stresu. Jejich jednání a chování mohou vést za nepředvídatelných krizových situací až k narušení sociální pohody na pracovišti. Na druhou stranu na stejném pracovišti jsou také lidé razantní, kteří se mohou zdát slabším jedincům arogantní, zlí, zákešní. Takové osoby mohou vyvolávat určité napětí, které může přerůst až do mobbingu. Pojem *mobbing* je všeobecně považován za klíčovou zátěž a zároveň za typický příklad pro následky sociálního ohrožení. Je i určitým způsobem šikany, kterou odborníci charakterizují jako negativní chování jedné osoby vůči druhé s cílem přinutit šikanovanou osobu, aby z pracoviště dobrovolně odešla. Nejčastěji se můžeme setkat s šikanou v situacích, kdy dochází na pracovišti k šíření pomluv o určité osobě, k zesměšňování, omezování možnosti vyjádřit se, neustálé kritice práce nebo jejího chování. Při mobbingu jsou často šikanované osobě kladeny nesmyslné překážky nebo může dostávat takové pracovní příkazy, které jsou daleko pod nebo nad jejími možnostmi (17, 19, 28).

Domnívám se, že projevů šikany a mobbingu může být mnohem více. Zvláště na pracovištích, kde všeobecně nepanuje dobrá pracovní i osobní atmosféra, jsou pro ně vytvářeny přímo ideální podmínky. V pracovním ovzduší zdravotnických zařízení, kde se často pracuje ve stresu, můžeme narazit na konflikty např. při rozdělování práce, udělování neoprávněných privilegií. Můžeme se setkat také s výhodnějšími časovými plány pro určitou osobu či s různorodými vztahy na pracovišti. Je pouze na vedoucích pracovnících přijmout taková opatření, aby k tomuto nedocházelo. Je zcela

pochopitelné, že slabší jedinci časem ztratí sílu těmto způsobům šikany odolávat, propadají se do stresu, izolují se a nakonec raději podají výpověď (17, 19).

Interpersonální vztahy na pracovišti patří mezi časté zdroje psychického zatížení sester. Charakteristika sociálních kontaktů sestry na jejím pracovišti je velmi různorodá. To je způsobeno odlišností sociálních interakcí na různých úrovních – na úrovni pacienta, na úrovni spolupracovníků ve stejné pozici, na úrovni jednání s nadřizenými a na úrovni s méně kvalifikovaným personálem (30).

Vztah lékař – sestra může být často velmi komplikovaný. Lékařské povolání patří k těm, na které je kladena enormní psychická zátěž pramenící z obrovské odpovědnosti vůči lidskému životu. Tlak se ještě zvyšuje na pracovištích, která trpí nedostatkem pracovních sil – lékařů, sester, pomocného personálu. Zde může ke konfliktům docházet poměrně často. Sestry si stěžují na to, že je lékaři často přehlížejí, někdy se k nim i nevhodně chovají (přehlížejí je – nejsou jim rovny), často chybí ocenění nebo alespoň pochvala. Problém je v tom, že lékaři často vnímají sestru jako svou podřízenou pracovníci, která musí plně respektovat jejich příkazy. Při napjatých vztazích na pracovišti, na kterých navíc vládne nekolegiální a konfliktní jednání, narůstá nespokojenost, logicky se snižuje kvalita práce, dochází k fluktuacím. Nespokojené sestry nemají zájem se dál pracovně rozvíjet ani se jinak angažovat (1, 2, 9).

Dalším zdrojem psychické zátěže může být *vztah sestry k ostatním spolupracovnícím*. Sestra pracuje v konkrétním kolektivu, který si postupně vytváří určité sociální vazby, pracovní atmosféru. Vztahy na pracovišti mohou být dobře uspořádané, vše funguje bez problémů, ale ve fázi, kdy se na sestry a další personál začnou „hrnout“ nečekané problémy, může dojít k narušení těchto vazeb. Pracují zde různé skupiny a navíc ženy různého věku a záleží jen na nich, jaké pracovní prostředí si dokážou vytvořit (30).

V neposlední řadě také *vztah sestra – pacient* může být faktorem, který způsobuje psychickou zátěž. Sestra je první ze zdravotnických pracovníků, která se dostává do kontaktu s pacientem. Seznamuje pacienta s tím, co ho čeká, zajišťuje mu uspokojení potřeb, které se týkají jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení. Při této činnosti je na ni kladena velká psychická zátěž, protože jedná s člověkem, který je na ní závislý, protože

se dostal do nové situace a neví, jak se má chovat. V době nemoci je člověk téměř vždy v pozici podřízené a následkem toho je role pacienta spojena s více či méně konfliktními situacemi. Problémem je, že sestra očekává, že se pacient bude chovat tak, aby nenarušoval její pracovní postup. Špatné zvládnutí této zátěžové situace ze strany sestry může mít nepříznivé důsledky pro pacienta. Není výjimkou, že si často pacienti stěžují na postrádání celkového zájmu sestry a zájmu o jejich problémy. Stěžují si i na nepřítulný humánní přístup sester k nim, který někdy může vést až k porušení právních norem. Vztah k pacientovi je v takových případech ohrožen neosobní a standardní rutinou v chování a v práci sester. Takovou sestru lze charakterizovat jako tzv. „neangažovaného pracovníka“. Ten pojímá svou práci jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o pacienta. Taková sestra není účinným spojencem svého pacienta v jeho boji proti nemoci. Na druhou stranu při dobrém zvládnutí výše uvedených zátěží se sestra může stát tzv. „angažovaným pracovníkem“. „Pomáhající profese patří k těm, které mohou nadchnout, které jsou s to angažovat celého člověka“ (1, s. 17). Pak je pacient v bezpečí a důvěřivý.

Mnoho výzkumů ukazuje, že vztah *lékař – sestra – pacient* má mnoho funkčních problémů. Má-li se však systém udržet a dobře fungovat, musí směřovat k jednotnému cíli. „Pro nejlepší terapeutické výsledky je podstatné, aby vztah lékař – sestra – pacient byl harmonicky integrovaný. Sestra dělá tento celek operativním, plní funkci prostředníka mezi lékařem a pacientem, je interpretem lékaře a jeho činnosti ve vztahu k nemocnému, zaměřuje své úsilí na získání pacienta ke spolupráci s ošetřujícím lékařem. Je důležité, aby pacient chápal, že sestra zná jeho potřeby a cítí s ním“ (1, s. 133).

Ve zdravotnictví jsou pracovníci vystaveni velké míře stresu. Nadměrná psychická zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí. Mezi rizikové faktory práce ve zdravotnických zařízeních patří zejména časový tlak a intenzita činností. Práce pod časovým tlakem je spojena s vysokým pracovním tempem a omezenými možnostmi přestávek a odpočinku, což je příčinou nástupu silné únavy. Dále sem patří přetížení, vnucené pracovní tempo, riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob. Je důležité se zmínit o práci, která je spojená s vysokými nároky v oblasti jednání

a kooperace mezi jednotlivci a činnostmi, kdy je zaměstnanec vystaven negativním emočním tlakům, interpersonálním konfliktům a frustraci. Dalším faktorem jsou pracovní podmínky spojené se sociální izolací (dislokované pracoviště) a práce v třísměnném a nepřetržitém provozu (3, 5, 30).

Zajímavé jsou výsledky průzkumu, který se uskutečnil v rámci výzkumu sociální opory sester pracujících ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Sestry potvrdily, že na pracovištích je nejvíce zatěžují možné konflikty ve vztahu sestra – lékař. Dále velká bezmocnost, když vidí umírat pacienta a vědí, že mu již není pomoci, případné nedostatky v organizaci práce, kdy je sestra nucena vykonávat mnoho činností najednou. K tomu se přidává nedostatek pomocného personálu, nadměrná administrativa a řada dalších zbytečně stresujících úkonů (23).

1.1.6 Projevy stresu

Jak se vlastně projevuje stres? Projeví se nečekaně a najednou anebo se objeví první příznaky, o kterých si ani neuvědomujeme, že je to počátek stresu? Pociťujeme ho jako mírnou únavu a nervozitu? Anebo nesoustředěnost na to, co právě děláme, protože myslíme na to, co jsme nezvládli a máme obavu, jaké to bude mít pro nás důsledky?

Stres všeobecně vnímáme ve čtyřech rovinách: *v myšlení, emocích, v našem chování a v tělesných příznacích*. Co vlastně spouští stres, co nás přivádí do stresové situace? Je to proto, že si děláme zbytečné obavy, že věci tzv. zveličujeme? Co jednoho jedince nechává naprosto v klidu, jiného doslova „vykolejí“ – vystresuje. Člověk, který je ve stresu, začne *přemýšlet jiným způsobem*. Nedokáže racionálně uvažovat, kontrolovat své myšlenky, zejména se soustředit na řešení možná daleko významnějšího úkolu. Upnutě se soustředí na určitý problém (například nepříjemnou zprávu), přemýšlí o něm, zvažuje nejrůznější varianty typu „kdybych“. Výsledkem jsou často zbytečné obavy, co bude dál, projevuje se snaha vyhnout se nepříjemným věcem a řešením. Jakmile se problém neřeší hned od začátku, obavy stále narůstají, člověk má pocit, že se mu nic nedaří, sám sebe hodnotí negativně, podceňuje se a stále více se snižuje jeho sebevědomí (15, 20, 25).

Stres má i *emocionální projevy*. Co jsou vlastně emoce? Jak je můžeme definovat? Mozek člověka se významně podílí na vzniku emocí. Emoce jsou zvláštním druhem zážitků, vyvolávají v nás hněv, soucit, smutek, strach, radost apod. Naše chování ovlivňuje momentální nálada – napětí, úzkost, strach, ale i radost, smích, pohoda. Mezi nejčastější emocionální projevy stresu patří prudké a výrazné změny nálad, nadměrné trápení se s věcmi, které nejsou tak podstatné a nadměrné starosti o svůj zdravotní stav. Člověk se obtížně koncentruje, je podrážděný, popudlivý a úzkostlivý. Může mít i pocity nadměrné únavy. Dalšími projevy je nadměrné snění a omezení kontaktu a komunikace s druhými lidmi (15, 20, 25).

Pod vlivem stresu se mění i *způsob chování*. Ne každý jedinec dokáže před svým okolím stres skrýt. Základními projevy jsou obavy z neznáma, ze setkání s lidmi (třeba i blízkými přáteli), odkládání provedení běžných denních úkolů. K tomu se přidává zřetelně nervózní chování, zrychlené, viditelně až zbrklé reakce, nesnášenlivost, popudlivost. Problémem je, že takto postižená osoba může být také agresivní. Má totiž pocit, že ji nikdo nechápe, že jí všichni ubližují a neumí ji docenit, a tím vším se cítí být ohrožena. Dalšími projevy stresu v chování může být nerozhodnost, zvýšená absence v práci a není výjimkou používání návykových látek. V některých případech se člověk snaží vyhnout úkolům a odpovědnosti, často hledá výmluvy a dochází ke zhoršené kvalitě práce. Stres vede i ke změnám v denním životním stylu (15, 20, 25).

Jaké jsou projevy stresu v *tělesných příznacích*? Lidské tělo reaguje na stres různým způsobem. Někdo je permanentně unavený, špatně spí, po ránu dlouho trvá, než je schopen vstát z postele a začít se hýbat. Uběhne delší doba, než rozhybe celé tělo k běžné aktivitě, aniž by si velká část lidí v okolí povšimla změn jeho chování. Druhá skupina lidí projevuje nervozitu při jakékoli denní aktivitě, jejich jednání a chování v průběhu dne je ovlivněno například bolestmi hlavy, závratěmi, nechybí průjem nebo zácpa, mají pocit, že jejich žaludek „je na vodě“ (15, 20, 25).

1.1.7 Působení stresu na zdravotní stav

Lékařské statistiky dokazují, že i přes kvalitní lékařskou péči se stále více lidí potýká se zhoršením svého zdravotního stavu vlivem stresu a syndromu vyhoření.

Každodenně působí na člověka mnoho vlivů, z nichž velká část je negativní a je na jedinci, jak se s nimi dokáže vyrovnávat (29).

Lékařská věda prokázala, že stres působí na člověka přímo i nepřímo. Přímý účinek stresu působí na nervový, imunitní anebo endokrinní systém. Nepřímý vliv je působení stresu na chování člověka, na které působí zejména změna životního stylu. U většiny lidí se stres projevuje průběžnými bolestmi hlavy, které se mohou ve své četnosti i stupňovat, stres může také vyvolat astmatický záchvat, má vliv na vznik a průběh diabetu – ve stresových situacích stoupá hladina cukru. Stres působí také na hypertenzi, kardiovaskulární onemocnění apod. (14).

1.1.8 Mechanismy zvládání stresu

Každý člověk je v průběhu života vystaven určitému napětí v osobním i pracovním životě. Každý musí řešit určité problémy, větší nebo menší životní krize. „Hodně lidí se od dětství nenaučilo řešit svoje problémy systematickým způsobem, ale řeší je systémem pokus – omyl. Tento chaotický způsob vede k nadměrnému vyčerpání sil, k úzkostnému prožívání, strachu z dalších problémů a ke všeobecné tendenci problémům se vyhnout, což většinou vede k jejich hromadění a narůstání stresových momentů“ (25, s. 174).

Mechanismus zvládání stresu je proces, kterým člověk prochází a pomocí kterého překonává zátěžové situace.

O jaké mechanismy se jedná? V první řadě je nutné *problém řešit*, to znamená vyhodnotit situaci, logicky ji analyzovat, dát si proti sobě všechna pro a proti, vybrat alternativy a z nich nejlepší variantu. *Strukturování* znamená aranžování situace anebo její manipulaci tak, aby se nevyskytly ohrožující jevy. Tento proces charakterizuje například situace, kdy sestra strukturuje a usměrňuje anamnézu tak, že pacientovi bude klást jenom jednoznačné a přímé otázky z oblastí, v kterých si je jistá svými znalostmi. Tak nezavdá příčinu k pochybnostem o jejích kvalitách. V některých situacích může být strukturování i užitečné. Například člověk, který chodí na řádné a pravidelné preventivní prohlídky. Důležitá je také *sebekontrola*, která je do určité míry vrozená, do určité míry si ji člověk musí tréninkem vypěstovat. Charakterizuje chování, které je

pod kontrolou, anebo je vědomě ovládané bez ohledu na situaci. Sebekontrolou se dá zabránit možné ohrožující panice. Jde o užitečnou odpověď, která svědčí o síle jedince. Extrémní sebekontrola však může mít za následek neustálé odkládání řešení problému. Také brání získat si podporu okolí, které se domnívá, že jedinec dobře zvládá situaci. Proces *suprese* znamená snahu o potlačení původní a ohrožující myšlenky. To sice dočasně uvolní stres, ale není vyřešen problém, který se znovu vrátí. Tento proces charakterizuje situace, kdy si jedinec nevšímá bolestí zubů z důvodu, že se bojí zubního lékaře. Vystresovaný člověk mívá i různá přání, snění, *fantazie* – neustále si před očima „přehrává“ a „přeprocovává“ nejrůznější situace tak, jak by si sám přál, aby probíhaly. V závažných případech může dojít k situaci, že již nerozeznává sen od skutečnosti. Člověk, který si neví v životní situaci rady, se obrátí s *prosbou* o pomoc na někoho dalšího. Obvykle dotyčnému popíše svůj problém, naznačí, co by chtěl vyřešit a jakou pomoc potřebuje (14).

1.1.9 Obranné mechanismy (nevědomé)

Kromě mechanismů kognitivních existují mechanismy obranné (nevědomé), které můžeme definovat jako psychologické adaptační mechanismy. Podle Freuda jsou to mentální mechanismy, kterými se osobnost brání zátěžovým situacím a vnitřnímu napětí. Adaptační mechanismy jsou produktem nevědomí. Jejich společným znakem je, že slouží jako ochrana vlastní osoby před úzkostí (14).

Mezi ně patří například *racionalizace*. Ve své podstatě to je mechanismus polopravdy, kdy si jedinec odůvodňuje své chování jako logické a správné, i když to není pravda. Poskytuje tak sám sobě přijatelné vysvětlení svého chování. Často se můžeme setkat s *kompencí*, kdy nedostatky v jedné oblasti vyvažuje aktivitou v jiné. Například při neúspěchu v práci se snaží vyniknout v nějaké sportovní disciplíně. Člověk psychicky vystresovaný bývá velmi zranitelný, a proto se snaží *represí* zabránit proniknutí zranitelného obsahu do jeho podvědomí. Může se jednat například o myšlenky, impulzy, vzpomínky nebo problémy, které by se mohly dostat do konfliktu s vlastními představami, případně by vyvolaly pocit viny či hanby anebo by ohrozily sebeúctu. Například žena odmítá pracovní úlohu, protože se jí protiví. Dalším

mechanismem je *regrese*. Někdy se člověk snaží problém řešit únikem do svého vývojově mladšího období a k takové formě chování, která byla v minulosti užitečná. Je to tedy návrat k méně zralé formě adaptace. Například pozorujeme dospělého člověka, o kterém si říkáme: „chová se jako malé dítě, místo aby se svízelné situaci postavil.“ Slouží k překonání nepohodlí a ohrožení v momentální situaci, ale odráží se na dalším vývoji osobnosti a na jejím sociálním chování. Promítnutí agresivních a sexuálních nutkání do společensky akceptovatelných aktivit označujeme jako *sublimaci*. Například člověk promítá svojí sexuální energii do sportovní aktivity, práce či hudby. Daří se mu tak snížit obavy z nezdaru. Přijetí postojů, názorů i modelů chování jiných osob či osoby za své označujeme jako *identifikaci*. Tento mechanismus lze pozorovat u malých dětí, které se snaží napodobovat dospělé. Připisování vlastních společensky a mravně problematických motivů jiným lidem, kdy jedinec přitom nepřipouští, že jde o jeho vlastní charakteristiky, označujeme jako *projekci*. Jako příklad si můžeme uvést situaci, kdy žena kritizuje sousedku za roznášení pomluv, i když to ve skutečnosti dělá sama. Transformaci psychického konfliktu na fyzický symptom charakterizujeme jako *konverzi*. Například před zkouškou z matematiky studenta rozbolí hlava. *Přemístění* lze uvést jako vybití silné emoce anebo pocitu z aktuálního objektu na náhradní, méně ohrožující objekt. Tento mechanismus aplikuje například dítě, které přenáší nepřátelské pocity vůči rodičům na učitele. V případě, že chování, názory a postoje jsou protichůdné s původními motivy, hovoříme o *opačném reagování*. Jako příklad si můžeme uvést matku, které se narodí „nechtěné“ dítě a poté o ně přehnaně pečuje. Vytěsnění nepříjemných aspektů reality z vědomí a kdy se jistá věc vůbec nebere do úvahy, anebo se transformuje do podoby, která už není tak ohrožující označujeme jako *popření*. Člověk například neuznává, že má karcinom, i když mu lékař vysvětlil výsledky biopsie (8, 14).

Odpovědět na otázku, jak se zbavit stresu, není jednoduchou záležitostí. Každý člověk je svým způsobem jedinečný, má své zaběhané životní zvyky a návyky, reaguje různými způsoby. Zcela jednoznačně však lze říci, že vše záleží na tom, jak si dokáže sám anebo s pomocí odborníků nově zorganizovat svůj život. Odborníci proto doporučují dostatečně spát, pravidelně cvičit, omezit kouření a alkohol, upevňovat

dobré sociální zázemí, plánovat si čas, nezapomínat na humor a smích, zvýšit množství příjemných aktivit, relaxovat apod. (6, 25).

1.2 Syndrom vyhoření

1.2.1 Definování syndromu vyhoření

Pojem vyhoření (v angličtině burn-out) zavedl v roce 1974 americký psychoanalytik H. J. Freudenberger. Pojem byl původně v USA používán ve spojení s narkomany v chronickém stadiu, později v souvislosti s pracujícími lidmi, kteří se ocitli ve špatné sociální situaci a propadali se do beznaděje. Freudenberger hodnotí vyhoření jako „konečné stadium procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entusiasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly“ (16, str. 49). Definic syndromu vyhoření se od té doby objevilo několik, ale dodnes nebyla ustálena definitivní podoba tohoto pojmu.

Například Ayala Pinesová a Elliot Aronson (1988) o jevu vyhoření říkají: „Vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, kterou jsou emocionálně velmi náročné“ (15, str. 116). Dále charakterizují tento stav jako fyzické vyčerpání spojené s výrazným snížením energie, chronickou únavou a celkovou slabostí, beznadějí a představou, že člověku není pomoci, že je v pasti. Člověk se chová negativně sám k sobě a ke světu vůbec (15).

Jedno je však jisté – tento syndrom vzniká všude tam, kde se lidé setkávají s velkým pracovním vypětím, velkou náročností, neustálým kontaktem s lidmi a s jejich často velmi stresujícím jednáním. Důležitým faktorem je také pocit, že pracovník je za svou práci nespravedlivě odměňován, že jeho osobní ohodnocení není motivující a nemá před sebou perspektivu spravedlivějšího odměňování, natož dalšího profesního růstu a postupu (3, 15).

Vyhoření je tak charakterizováno tělesným oslabením, negativními postoji k práci, k lidem v zaměstnání, k životu jako celku. Ve své extrémní podobě je to určitý hraniční zlom, a překročí-li člověk tuto hranici, podstatně se snižuje jeho schopnost

zvládat požadavky na něj kladené. Syndrom vyhoření tak způsobuje nejen osobní škody, ale také, což je z hlediska zaměstnání horší, celkové narušení vztahu k práci a spolupracovníkům (3).

1.2.1 Příčiny syndromu vyhoření

Příčiny syndromu vyhoření dokáží dnes již odborníci přesně identifikovat. Jako dvě základní příčiny lze uvést problémy v osobním a v pracovním životě. Otázkou k diskusi je, která z příčin negativněji ovlivňuje člověka a s kterou, pokud se nahromadí obě, se lépe vyrovnává. Člověk, který se dostal do stadia vyhoření, má dojem, že nic nezvládá, že vše dělá špatně, že ho nikdo nechápe, že nemá žádnou hodnotu – je prostě nula (15).

Jak lze charakterizovat objektivní příčiny syndromu vyhoření? Existuje mnoho představ, ale za hlavní příčinu se považuje sama podstata pomáhajícího vztahu, v poslední době i nároky na stálý a bezchybný pracovní výkon (4).

U zdravotnických pracovníků se v jejich každodenní práci objevují určité rizikové faktory, které při dlouhodobém působení mohou vést k syndromu vyhoření. Patří k nim péče o pacienty, umění zacházet s jejich emočními projevy i s emočními projevy rodinných příslušníků, situace, kdy je léčba pacienta složitá a nejednoznačná, vzniká nejistota, zda léčebné postupy zaberou. V neposlední řadě se přidávají vzniklé konflikty s kolegy na pracovišti, kdy je odbourávána kvalitní komunikace a pocit sounáležitosti při řešení problémů (4).

Příčiny syndromu vyhoření nelze opomenout z důvodů psychických a fyzických. Sestra dospěje po delším působení na jednom pracovišti k pocitu, že je práce příliš stereotypní, nemá motivaci vylepšovat pracovní aktivity, nenachází smysl v každodenních činnostech. To vše se projevuje ve špatném rozložení dílčích časových pracovních úkonů a volného času, sestra v mnoha případech začne myslet negativně. Na úrovni tělesné se k příčinám syndromu vyhoření přidává celkově špatný životní styl a menší odolnost organismu proti zvýšené zátěži. Ze strany organizace, kde je sestra zaměstnána, přispívají k syndromu vyhoření horší pracovní podmínky, špatná organizace práce, špatná příprava pro povolání. Z pohledu na celou společnost je to

především celková změna ekonomické a sociální situace, větší nároky na pracovníky, malé společenské ohodnocení včetně platů, změna ve složení klientely – rostou požadavky na kvalitnější péči, více lidí žádá lékaře o pomoc při řešení svých problémů (4, 3).

Vyhoření nepostihuje všechny lidi stejně intenzivně. Nejde jen o osobní charakteristiky - různé činnosti mohou vyhoření buď umožňovat, nebo mu bránit, při některých se dostavuje vyhoření dříve, při jiných později. U jakých lidí se nejčastěji projevují příznaky vyhoření? U člověka, který má svou práci rád, dělá ji s určitým nadšením, které náhle začíná ochabovat. Také v případech workholismu, kdy jedinec klade vysoké požadavky sám na sebe a pracuje nad úroveň své kapacity. Určitě je více ohrožen ten, kdo nedokáže zpomalit svoje pracovní tempo a současně není schopen si odpočinout, relaxovat a načerpat novou energii. Vyhoření se častěji vyskytuje u lidí, kteří mají sklon prožívat neúspěch jako svoji osobní porážku nebo žijí v dlouhodobých mezilidských konfliktech (15).

1.2.3 Stadia vývoje vyhoření

Podívejme se na stadia vývoje z hlediska práce sestry. První fázi můžeme označit jako fázi *nadšení*. Sestra přichází do nového zaměstnání plná elánu, nadšení, se svými konkrétními představami o budoucí práci. Seznamuje se s novými věcmi, práce ji baví, zdá se jí, že tohle je to správné pracovní místo, kde se jí bude líbit (3, 4, 7).

Aniž si to uvědomuje, vzniká problém, který bude muset brzy řešit. I když má totiž pevně stanovenou pracovní dobu, nedělá jí potíže zůstat v práci déle, dokud úkoly nejsou splněny. Pracuje aktivně, ochotně, což se vždy nemusí setkat s pochopením spolupracovníků (3, 4, 7).

Brzy však následuje druhá fáze – *vystřízlivění*. Sestra se mezitím seznámila se všemi úkony, které se samozřejmě opakují, stávají se stereotypními. Ne všichni pacienti jsou ukáznění, někdy si ke standardní péči neúměrně vyžadují další a další úkony a služby. Rutina znamená šetření sil, více času na přemýšlení nad současným stavem, osobním životem a také finančním ohodnocením a volným časem apod. Pomalu, ale

jistě, se začíná projevovat nespokojenost, což ovšem není zatím důvodem k odchodu (3, 4, 7).

Ve fázi *nespokojenosti* se sestra začíná na některé pracovní postupy dívat kriticky, v lepším případě se pokouší navrhnout určité změny k zefektivnění práce. V případě nepochopení její snahy přicházejí myšlenky, zda si vybrala správné povolání apod. Aktivnější sestry si dokáží, i přes určité pochyby, poradit a zvládnout svou špatnou náladu. U slabších jedinců se může projevit apatie (3, 4, 7).

Apatie je fází procesu, kdy sestra bere povolání jako nutný zdroj obživy, ale práce ji nebaví. Přemýšlí o odchodu ze zaměstnání, není ochotna zůstat na pracovišti déle, než je její stanovená pracovní doba. Naznačuje, že stačí jen nějaká negativní maličkost a okamžitě odejde, ale neudělá to. Naopak, snaží se na „svou“ stranu získat další příznivkyňe, a aniž si to uvědomuje, pomalu, ale jistě demoralizuje pracovní kolektiv. Kritizuje, ale neodejde, protože si je vědoma, že na jiném pracovním místě v jiném zdravotnickém zařízení se po čase bude situace opakovat. Nastal okamžik *syndromu vyhoření*. Jeho důsledky se budeme zabývat v následující kapitole (3, 4, 7).

1.2.4 Dopady vyhoření na pracovníky

Snad všichni máme v sobě snahu pomáhat jiným, někdo více, jiný méně. Jsme v kontaktu s lidmi, vidíme, jak jednají oni, a registrujeme, jak na nás okolí působí. Pomáháme podle možností svému okolí a předpokládáme, že okolí na oplátku pomůže nám. energii vydáváme, ale také ji můžeme dodávat. Zvláště viditelné je to v některých povoláních a (s ohledem na zaměření této práce) i v povolání sestry.

V zaměstnáních, z jejichž náplně je zřejmé zaměření na pomoc potřebným, převážná většina pracovníků pracuje s nadšením, elánem a je přesvědčena o potřebnosti své snahy. Časem však nevyhnutelně přijde alespoň únava, v některých okamžicích pocit marnosti, pocit nekonečné sysifovské práce. „Do syndromu vyhoření je vždy vpletena otázka po smyslu vlastní práce. Když se práce daří, je zážitek smysluplnosti práce pomáhajícího silnější, než by byl v mnoha jiných povoláních“ (13, str. 101).

Jaké jsou dopady vyhoření na sestru? Především je sestra, nebojme se použít ten výraz, otupělá a lhostejná. Činnosti vykonává téměř automaticky, snaží se nepřemýšlet,

je soustředěná jen na to, aby rychle práci vykonala a měla klid. S pacientem komunikuje jen v míře nezbytně nutné, taktéž se svými nadřízenými. Se spolupracovníci komunikuje více, ale spíše v negativním slova smyslu – její verbální projev je spíše „stěžovatelský“, převážně vyhledává a zdůrazňuje negativa, se kterými se v práci setkává. Nehledá a nenavrhuje aktivity, které by pomohly situaci řešit, vytrvale kritizuje a - aniž si to možná uvědomuje - psychicky deptá část pracovního kolektivu. Výsledkem tohoto stavu bývá v praxi nízká pracovní morálka, nechuť k práci, osobní konflikty na pracovišti, absence v práci (ale omluvitelná – časté návštěvy lékaře, péče o nemocné děti atd.). Vše končí zpravidla odchodem ze zaměstnání. Tento stav stručně popisuje Bartošíková, která uvádí: „Syndrom vyhoření způsobuje škody osobní (zasahuje pracovníky pomáhajících profesí), ale také se v jeho důsledku zhoršuje kvalita poskytovaných služeb... Vyhoření lze vidět i jako sociální problém, protože se vždy jedná o důsledek práce s lidmi a má dopad v sociální sféře“ (3, str. 21).

1.2.5 Prevence syndromu vyhoření

Úkolem psychologie zdraví je nejen studovat jev vyhoření, ale také vytvářet postupy k jeho prevenci. Je známou pravdou, že je lépe problémům předcházet. Ne každý dokáže vyhodnotit správně svou situaci a najít správné řešení. Prevenci syndromu vyhoření se musí člověk naučit, zvážit, co je prioritou a co ne, co musí udělat nyní a co může odsunout na pozdější dobu (3).

Jestliže je burn-out důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možno tento rozdíl zmenšit: na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení zátěžových situací a strategie zvládnání stresu, na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury. Metody, které jsou zaměřeny na problematiku prevence vyhoření, lze tedy rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny patří metody zaměřené na ohroženou osobu – tzv. interní postupy. Ve druhé skupině jsou aktivity zaměřené na úpravu vnějších podmínek tak, aby pomohly vyhoření předejít – tzv. externí postupy (3, 15).

Nyní se budeme zabývat interními postupy. McClelland, psycholog působící na Harvardově univerzitě, se celý život intenzivně zajímal o výkonovou motivaci. Jeho

cílem bylo poznat důvody a postupy lidské touhy „něčeho pořádného“ dosáhnout. V rámci studia se zajímal též o osobnostní charakteristiky s ohledem na maximální výkonnost. Zjišťoval je u lidí, kteří v životě dosáhli úspěchu. Ukázalo se, že tito lidé vykazovali následující charakteristiky: přiměřeně riskují, neriskují nadměrně, nejsou však přitom úzkostlivě opatrní. Stanoví si cíle svého snažení a zároveň s nimi i nástroje, které by jim pomohly těchto cílů dosáhnout. Mají velký zájem o fungující zpětnou vazbu a snaží se být informováni o výsledcích své práce. Svou práci dopředu dobře plánují a jejich krátkodobé plány zapadají do dlouhodobých plánů. Úspěch pro ně není cílem, ale vedlejším produktem. Z výzkumu vyplynulo, že lidé, kteří neberou úspěch za nejvyšší metu svého života, ale chápou ho jen jako vedlejší produkt své činnosti, jsou poměrně odolnější proti psychickému napětí a syndromu vyhoření (15).

Jeden z nejdůležitějších externích faktorů pomáhajících lidem neupadnout do syndromu vyhoření je sociální opora. Dostáváme ji především v rodině, zaměstnání (od spolupracovníků), od přátel a dobrých známých v rámci trávení volného času. Prevencí proti vyhoření vyjadřuje organizace zájem o pracovníky a ti pak neztrácejí svoji sebedůvěru a výkonnost. Pacientům se dostává vlídné, upřímné péče od lidí, kteří se plně věnují své práci, nic nepředstírají, nejsou podráždění, vyčerpaní, citově okoralí. Nedostatek opory koreluje s vyhaslostí (3).

Další prevencí je týmový přístup k práci, což je jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče. Sestry jsou daleko úspěšnější a produktivnější, jestliže pracují jako tým. Dobrá týmová práce vede k podstatně většímu výkonu, než je součet jednotlivých individuálních výkonů. Dobrá týmová práce uvolňuje energii, přináší radost a sdílená radost se stává dalším zdrojem motivace celého týmu. V době, kdy ubývá zdrojů ve zdravotnictví, kdy dochází ke snižování počtu zaměstnanců a kdy vrcholový management neustále vybízí zaměstnance ke zvyšování produktivity, je pochopení významu týmové práce pro sestry manažerky důležité (3).

Výzkum z roku 2004 srovnával míry výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na psychiatrii a u sester pracujících na interním oddělení. Míra závažnosti tohoto syndromu byla u sester z první skupiny statisticky významně nižší v rovině rozumové, emocionální, tělesné i sociální. Vysvětlují si to tím, že pracovníci na

psychiatrii jsou zřejmě více edukováni a chráněni profesionálními znalostmi a dovednostmi, kterých se jim dostává v oblasti péče o duševní zdraví a zvládání stresových situací. Proto doporučují při prevenci syndromu vyhoření školit v této oblasti i ostatní zaměstnance ve zdravotnictví (3).

Další výzkum (1998) byl zaměřen na sestry z domovů důchodců. Mají těžkou a psychicky vyčerpávající práci s lidmi vysokého věku, často opuštěnými, kde i přes náročnou péči je personál konfrontován se zhoršováním stavu a smrtí svých klientů. Ukázalo se, že přesto je možné za vhodných podmínek udržet péči na dobré úrovni se spokojeným, nevyhořelým personálem. Tento výzkum potvrdil důležitost motivace personálu a vlivu pracovních podmínek včetně dobrých kolegiálních vztahů na snížení rizik syndromu vyhoření (3).

Předcházení syndromu vyhoření by se mělo stát významným úkolem pro každého z nás. Pro jedince, kteří dokáží řešit bez větších problémů nejrůznější životní zátěžové situace, to není tak nesnadné. Mnohem náročnější je to pro jiné, „srážené na kolena“ i kvůli problémům, nad nimiž silnější osobnost mávne rukou. Každý člověk by si měl pravidelně dělat „účetnictví“, bilancovat jednotlivé životní situace, najít rovnováhu mezi „má dáti“ a „dal“. Zpravidla se vyplatí zcela změnit svůj životní styl a realisticky zhodnotit své možnosti (12).

1.2.6 Léčba syndromu vyhoření

Když dojde z různých důvodů k syndromu vyhoření, je třeba začít co nejdříve s léčbou. Záleží na závažnosti příznaků, kterými zasažený člověk trpí. Při vážnějších projevech není už zpravidla schopen pomoci si sám a potřebuje pomoc zvenku. Stresující nebo vyčerpávající úkoly je nutné dočasně odložit a začít se věnovat především sám sobě. Tady mohou poradit spolupracovníci, kteří už mají podobné zkušenosti za sebou. Hodně může vyřešit týmová spolupráce, pokud se čas a pozornost věnuje nejen klientům, ale i členům týmu. Při rozhovorech s druhými může člověk získat nové informace a navíc pomáhá sdílení situace s někým, kdo jí rozumí. Pokud je však stav postiženého hodně vážný (syndrom se nezdá být pouze projevy deprese), pak je nutné vyhledat psychiatrickou pomoc (3).

1.3 Charakteristika práce sester

1.3.1 Definování oboru chirurgie

Chirurgie patří mezi nejstarší lékařské obory. Dělíme ji na obecnou a speciální. Obecná chirurgie je základem praktické chirurgické činnosti. Zahrnuje základní poznatky a požadavky nezbytné pro všechny chirurgické výkony a pro veškerou činnost chirurga. Jedná se např. o předoperační přípravu, sterilizaci, přípravu operace, operační skupiny a pooperační péči. Dále sem patří i některá chirurgická onemocnění, vyskytující se na různých částech těla, která však mají stejný klinický obraz a průběh. Jedná se např. o ošetření tržných ran, flegmóny, furunklu (10).

Rozpoznáváním a léčením chirurgických nemocí jednotlivých orgánů se zabývá speciální chirurgie. V jednotlivých oborech speciální chirurgie dochází k další specializaci, jejímž výsledkem je podstatně dokonalejší léčení a výsledky. Tímto způsobem vznikají nadstavbové obory, jako je například kardiochirurgie, neurochirurgie, hrudní a dětská chirurgie, urologie, ortopedie, ústní, čelistní a obličejová chirurgie (10).

Dnešní moderní chirurgie se stala složitou týmovou prací (lékaři, sestry, pomocní pracovníci) a to nejen ve vztahu k vlastnímu pracovišti, ale i ve vztahu k ostatním lékařským oborům. Jen tak je možné zajistit řádné vyšetření a léčení nemocného (10).

1.3.2 Práce sester na chirurgickém oddělení

Pro lepší pochopení pracovních povinností sester, které mohou ovlivňovat velikost zátěže sester na chirurgickém oddělení, uvádím stručně charakteristiku jeho jednotlivých úseků.

Ambulantní část poskytuje základní chirurgické ošetření a diagnostiku, součástí ambulance je také vyšetřovací úsek, zejména RTG pracoviště a endoskopické pracovny. Ambulance musí být stavebně dostupná pro vozy záchranné služby. Jednotlivé vyšetřovny jsou bezbariérově přístupné. K traumatologické vyšetřovně patří sádrovna (10).

Pro pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje chirurgickou konzervativní léčbu, jsou po operaci, nebo se mají podrobit operačnímu zásahu, je určena *standardní*

ošetřovatelská jednotka. Přijímají se sem tedy všichni pacienti k plánovaným, a často i k neplánovaným operačním výkonům. Nemocní zde tráví i určitou dobu po operaci. Ošetřovací jednotku vede vedoucí lékař a staniční sestra, která zodpovídá za organizaci a kvalitu poskytované ošetřovatelské péče zajišťovanou pracovníky zdravotnických nelékařských oborů. Vybavení se neliší od běžného zařízení. Jednotku tvoří pokoje pro nemocné, přípravná a pracovní sestra, vyšetřovna, sociální zařízení včetně koupelny, místnost pro čištění pomůcek, skladové prostory a kuchyňka s jídelnou (10).

Dalším úsekem chirurgického oddělení je *operační trakt*. Soustřeďuje se centrálně tak, aby bylo možno hygienicky zajistit provoz jednotlivých sálů a aby ty byly bez problémů přístupné. Zvláštní podmínky jsou stanoveny na operačních sálech. Neoddělitelnou součástí je čisticí a dekontaminační úsek (10).

Důležitou součástí chirurgického oddělení jsou *jednotky intenzivní péče*, které poskytují léčebnou a ošetřovatelskou péči klientům po náročných operačních výkonech a klientům, u kterých by potenciálně mohlo dojít k selhání základních životních funkcí.

Aby sestra mohla dobře vykonávat své povolání, musí mít dostatečné vzdělání. Pro studium oboru zdravotnická sestra na středních zdravotnických školách byli přijímáni žáci do r. 2004. Od r. 2005 byl obor nahrazen oborem zdravotnický asistent, a všeobecná sestra přesunuta na vyšší či vysoké školy. Dále se mohou specializovat na ošetřování pacientů v různých oblastech formou dalšího specializačního vzdělávání nebo v rámci specializovaných činností, například v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně a v dalších akreditovaných vzdělávacích zařízeních (27).

Cílem práce je však zjišťování psychické zátěže sester vyplývající z jejich práce a následně jejich odolnosti vůči této zátěži. Podívejme se proto stručně na popis pracovních činností (10).

Sestry poskytují ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Na chirurgickém a interním oddělení pracují převážně všeobecné sestry ve třísměnném provozu. Pracují většinou skupinovým systémem. Musí umět získat od pacienta potřebné informace, aby mohly stanovit jeho problémy, naplánovat a uskutečnit ošetřovatelskou péči (10).

Kromě běžné ošetrovatelské péče jsou pro chirurgická a zároveň i interní oddělení charakteristické další činnosti, které lze rozdělit na diagnostické, terapeutické, preventivní a administrativní. Do diagnostických patří například odběry biologického materiálu, kdy sestra musí znát techniku odběrů, příprava pacientů na vyšetření a jejich ošetření po výkonu. Podávání léků per os, injekcemi, inhalacemi a jinými způsoby (kdy je nutné, aby sestra znala skupiny léků, jejich účinky a správné podávání), dále provádění základní rehabilitace a mnoha dalších výkonů - jsou činnosti terapeutické. Mezi preventivní patří například výchovně vzdělávací činnost při prevenci chorob, poučení o výživě a nácvik dovedností, což od sestry vyžaduje velkou trpělivost a správný pedagogicko-psychologický přístup k pacientům. Velice důležité jsou i administrativní činnosti, kdy sestra shromažďuje údaje, zaznamenává je do dekursu a ošetrovatelské dokumentace, vyplňuje žádanky, pracuje s počítačem a objednává pacienta na vyšetření (27).

V čem spočívají specifika práce na chirurgickém oddělení? Práce zde je především ovlivněna stavem nemocných. Při příjmu musí sestra zvládnout rychlou akci, umět klást otázky a včas diagnostikovat příznaky, které by mohly vést k ohrožení života nemocného, zvládnout předoperační přípravu, připravit pacienty somaticky i psychicky na operační výkon, poskytnout jim následnou pooperační péči. Důležitou součástí práce sester je tišení bolesti, prevence nozokomiálních nákaz, dehiscence operační rány a prevence tromboflebitidy. Z hlediska léčby musí sestra zvládnout monitorování vitálních funkcí, zajištění průchodnosti dýchacích cest, sledovat laboratorní výsledky. Dále musí ovládat výkony při vzniku komplikací v bezprostředním pooperačním období nebo při ohrožení, eventuálně selhání životně důležitých funkcí (10).

Psychická zátěž sester na chirurgickém, ale i interním oddělení vyplývá na jedné straně z nároků, které jsou kladeny na sestry při výkonu povolání, na druhé straně ze soukromého života sestry a jejích osobních problémů. Jaké jsou kladeny nároky na sestru v zaměstnání? Povinností sestry je sledování stavu pacienta, a to vyžaduje neustálou pozornost. Musí zvládnout v poměrně krátkém časovém úseku hodně činností plánovaných i neplánovaných, a tedy se od ní očekává rychlost, přesnost, schopnost improvizace, pružné reakce, rychlé rozhodování a pohotovost. Sestra by měla být

zodpovědná a uvědomovat si závažné následky v případě omylu. Musí umět komunikovat s pacienty a rodinou i v případech, kdy například pláčou, jsou arogantní nebo agresivní. Další skutečností je, že sestra je často konfrontována s bolestí a smrtí, což na ní opět vyvíjí určitý tlak (10, 11, 27).

Závěrem lze říci, že ne každá sestra může pracovat na chirurgickém oddělení. Významným stresorem pro sestru na chirurgii jsou akutní stavy, které se vyskytují často při příjmu nebo při různých komplikacích. Sestra by měla být na tyto situace vždy připravena, musí být rychlá a pohotová.

1.3.3 Definování oboru vnitřního lékařství

Základní medicínský obor, který se zabývá onemocněním vnitřních orgánů, nazýváme vnitřní lékařství. Z oboru vnitřního lékařství se postupnou specializací vydělovaly další obory. Lékaři, specialisté v těchto podoborech, jsou schopni poskytnout ve své specializaci odbornější péči než všeobecný internista. K podoborům interního lékařství patří například pneumologie, kardiologie, hematologie, revmatologie, gastroenterologie a další (27).

1.3.4 Práce sester na interním oddělení

Pro lepší pochopení pracovních povinností sester na interním oddělení, které mohou být zdrojem psychické zátěže, uvádím stručně popis činnosti jeho jednotlivých úseků.

Ambulantní část tvoří ordinace internisty. Součástí mohou být ordinace specialistů – gastroenterologie, revmatologie, diabetologie, kardiologie, endokrinologie. Sestra pracující na interní ambulanci musí mít specializaci v oboru, musí umět zacházet s přístrojovou technikou, mít komunikační dovednosti. Vede dokumentaci, odebírá biologický materiál, aplikuje injekce, asistuje lékaři při různých vyšetřeních (11, 27).

Lůžková část se skládá ze standardní jednotky, kde je poskytována péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, vybavené ošetrovatelské jednotky, z dostatku pomocných zařízení doplňujících lůžko, rehabilitačních pomůcek, pojízdných vozíků, křesel a pomůcek pro inkontinentní pacienty (11, 27).

Další částí je *jednotka intenzivní péče*, ve které je poskytována péče pacientům po selhání základních životních funkcí nebo podstupujícím terapeutický výkon s nutností monitoringu základních životních funkcí. Součástí JIP je zákrokový sálek pro provádění výkonů, které vyžadují přísné sterilní postupy (např. katetrizace) (11, 27).

Čtvrtou částí je *vyšetřovací trakt*, ve kterém se soustřeďují vyšetřovny a laboratoře s příslušnou přístrojovou technikou. Patří sem RTG vyšetřovny, ultrazvukové vyšetřovny, endoskopická pracoviště, popřípadě laboratoře k vyšetření základního biologického materiálu (11, 27).

Náplň práce a psychická zátěž sester na interním oddělení je z velké části popsána v předcházející kapitole, protože hodně činností je podobných nebo stejných jako na chirurgickém oddělení. Ale jaké činnosti jsou specifické? Často zabezpečují starým, chronicky nemocným a ležícím pacientům komplexní základní ošetrovatelskou péči včetně polohování, péče o inkontinentní, zajištění veškeré sebeobsluhy a podobně. U některých starších pacientů jsou výrazné méně či více rozvinuté psychické změny ve stáří. Z toho vyplývá i velké fyzické a psychické pracovní zatížení sester. Jsou kladeny zvýšené nároky na jejich emoční stránku přístupu k pacientům. Zatěžující jsou i akutní stavy, nejčastěji v důsledku kardiovaskulárního onemocnění, provázené velkými bolestmi. Důležitou úlohu hraje komunikace s pacientem a jeho důvěra k sestře, aby jí mohl otevřeně sdělit své problémy. „Celostní přístup a dobré odborné znalosti jsou základním předpokladem poskytování péče na interním oddělení“ (11, str. 6).

Sestra je již po několik stovek let pokládána za osobu, která svou konkrétní pomocí zmírňuje utrpení nemocných, v případě válek také raněných a umírajících. Je proto samozřejmé, že v průběhu tohoto dlouhého období se profesní orientace zdravotní sestry stále vyvíjí, rozšiřuje a v posledních letech také výrazně specializuje podle jednotlivých medicínských oborů. Ve světě, ale i u nás, je kladen větší důraz na profesionalizaci a zvyšování další kvalifikace sester.

Bez ohledu na to, zda sestra pracuje na chirurgickém anebo interním oddělení, musí se potýkat s mnoha pracovními, mnohdy zcela nečekanými problémy. Pracovní podmínky na pracovišti obsahovalo starší nařízení vlády 178/2001 Sb., stanovení podmínek ochrany zdraví zaměstnanců při práci, účinnost od 1. 6. 2001, ve kterém byly

mj. definovány práce ve vnuceném tempu, např. s psychickou zátěží. V § 10 v odst. 3c byly zahrnuty práce spojené, které jsou pravidelně spojeny s opakujícími se psychicky zatěžujícími faktory, vyvolanými prací vykonávanou pod časovým tlakem, vysokými nároky na sociální interakci a interpersonální aktivity (21). Pracovní podmínky, dodržování předpisů o ochraně a bezpečnosti práce a celá řada opatření, která zahrnují také činnosti ve zdravotnictví, jsou specifikovány v novém nařízení vlády České republiky. Nové nařízení vlády č. 361/2007 Sb. ze dne 12. prosince 2007, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, nabylo účinnosti 1. ledna 2008. Ruší nařízení vlády č. 178/2001 Sb. (22).

3. CÍLE PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY

3.1 Cíle práce

1. Zjistit způsoby, jak sestry zvládají psychickou zátěž při výkonu povolání.
2. Zjistit možný vliv psychické zátěže sester na poskytovanou péči.
3. Zjistit, co sestry postrádají ke zvládnutí psychické zátěže.

3.2 Pracovní hypotézy:

1. Sestry se snaží o objektivní zhodnocení situace a efektivní vyřešení problému.
2. Psychická zátěž sester má negativní vliv na poskytovanou péči.
3. Nedostatek zdravotního personálu je hlavní příčinou psychické zátěže sester.

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Průzkum v mé bakalářské práci měl kvantitativní charakter. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Byl rozdán sestřím z interních a chirurgických oddělení v nemocnicích v Jihlavě, Pelhřimově a Havlíčkově Brodě. V úvodu byly sestry seznámeny s tématem dotazníku a návodem na jeho vyplnění. Identifikační údaje byly zařazeny na začátek. Dotazník obsahoval uzavřené otázky, které byly rozděleny na dichotomické a polytomické. Respondentky podle pokynů označovaly jednu nebo více odpovědí. Dále byla vybrána i jedna otázka polootevřená, kde bylo možné vyjádřit svůj názor v případě, kdy nevyhovovala žádná z nabízených variant. Byly použity i 2 otázky filtrační.

Vzhledem k tomu, že dotazník obsahoval 37 otázek, byl značně podrobný. Kontrola správnosti vyplnění dotazníků byla hodně náročná, ale dávala záruku, že následně použitá data budou ve vztahu k práci mít plnou vypovídací hodnotu.

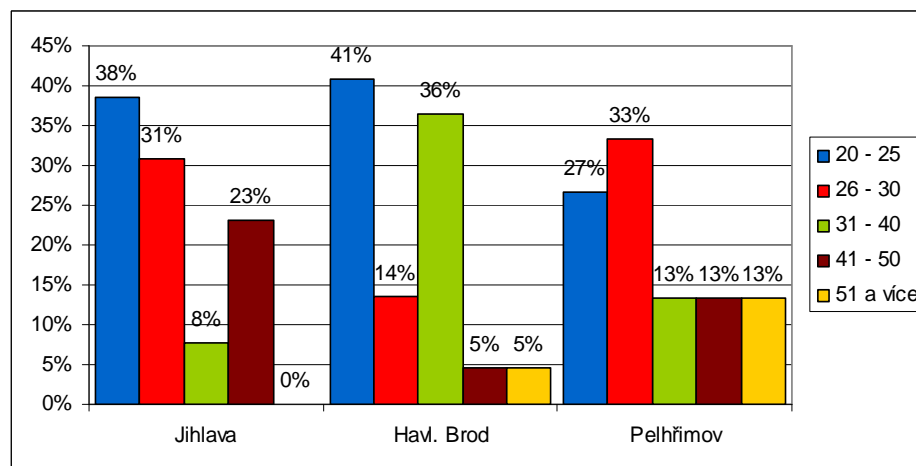
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Studie byla zaměřena na cílové skupiny sester na standardních chirurgických a interních odděleních v Havlíčkově Brodě, v Jihlavě a v Pelhřimově. Bylo rozdáno celkem 150 dotazníků, vrátilo se jich 113, tj. 75,3% návratnost. Po kontrole správnosti vyplnění jich bylo deset vyřazeno, protože dotazník byl vyplněn jen částečně. Ke zpracování byly využity 103 dotazníky, tj. 100 %.

4. VÝSLEDKY

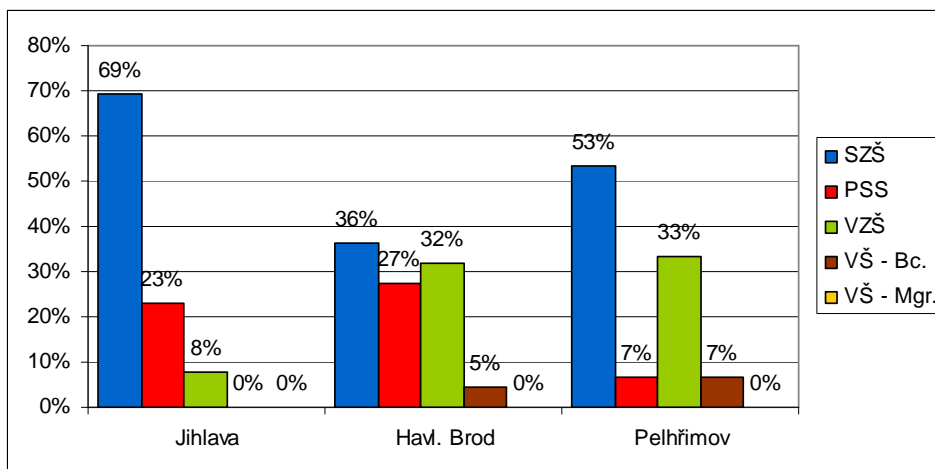
4.2 Chirurgické oddělení

Graf 1 Věkové kategorie



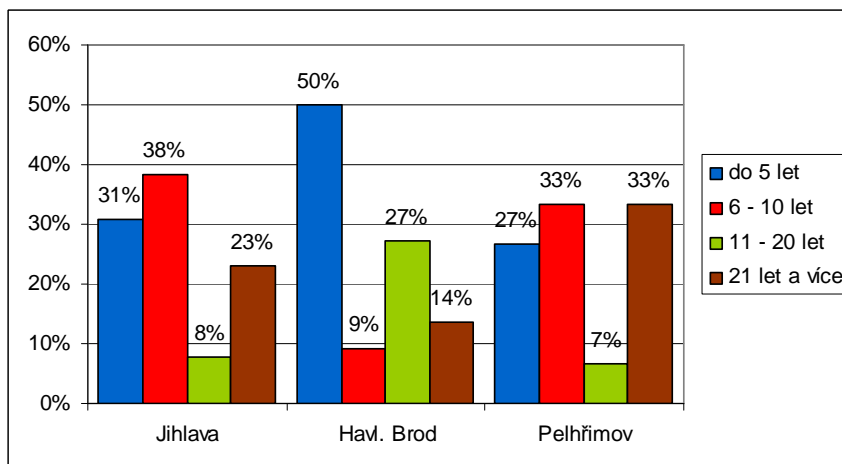
Ve věkovém rozmezí 20 – 25 let pracuje na chirurgickém oddělení v Jihlavě 5 sester (38 %), ve věku 26 – 30 let 4 sestry (31 %), ve věku 31 – 40 let 1 sestra (8 %), 3 sestry (23 %) jsou ve věku mezi 41 a 50 lety a žádná z dotázaných nepřesáhla věk 50 let. V Havlíčkově Brodě na též oddělení vykonává práci ve věku 20 – 25 let 9 sester (41 %), ve věku 26 – 30 let 3 sestry (14 %), 8 sester (36%) ve věku 31 – 40 let, ve věku 41 – 50 a 50 let a více pracuje v každé kategorii 1 sestra (po 5 %). V pelhřimovské nemocnici pracují na chirurgii ve věku 20 – 25 let 4 sestry (27 %), ve věku 26 – 30 let 5 sester a v posledních třech kategoriích pracují v každé 2 sestry (po 13 %).

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



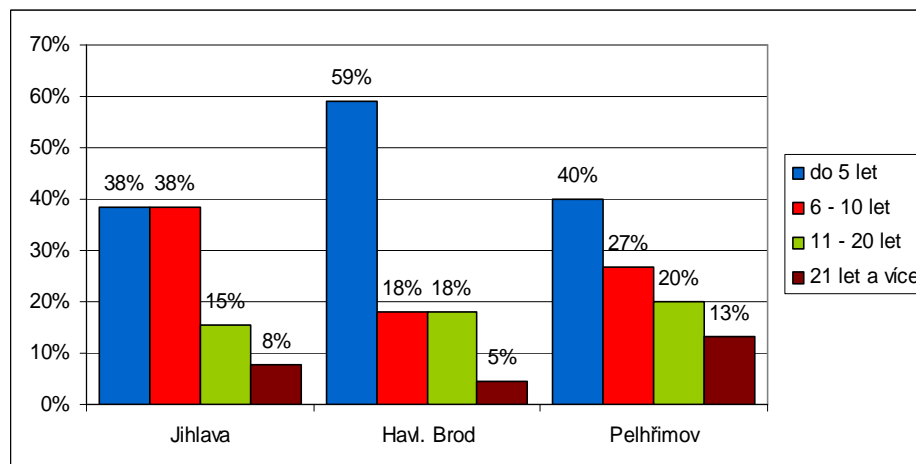
Z grafu je zřejmé, že 9 (69 %) dotázaných sester v Jihlavě dosáhlo vzdělání na SZŠ, na PSS 3 sestry (23 %), na VZŠ 1 sestra (8 %) a žádná nedosáhla vysokoškolského stupně vzdělání. V Havlíčkově Brodě absolvovalo 8 sester (36 %) SZŠ, 6 sester (37 %) PSS, 7 sester (32 %) VZŠ, 1 sestra dosáhla bakalářského titulu a magisterského žádná. V Pelhřimově vystudovalo SZŠ 8 sester (53 %), PSS a bakalářský stupeň VŠ po 1 sestře (po 7 %), VZŠ 5 sester (33 %) a magisterského vzdělání nedosáhla žádná.

Graf 3 Doba působení ve zdravotnictví



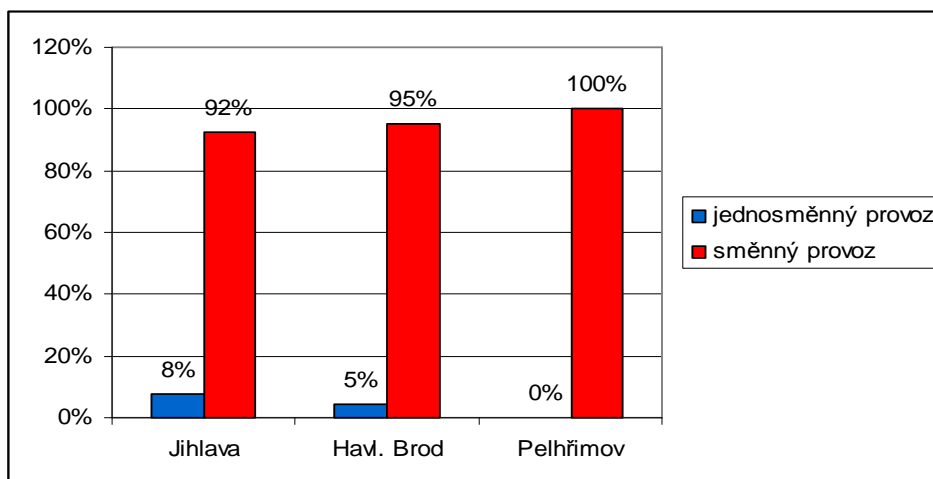
V Jihlavě vykonávají své povolání do 5 let 4 respondentky (31 %), od 6 do 10 let 5 respondentek (38 %), 11 až 20 let 1 dotázaná a 21 a více let 3 respondentky (23 %). V Havlíčkově Brodě výsledky ukazují, že do 5 let pracuje ve zdravotnictví 11 sester (50 %), 6 až 10 let 2 sestry (9 %), od 11 do 20 let 6 sester (27 %) a 21 let a více 3 z dotázaných (14 %). V Pelhřimově 4 sestry (27 %) pracují ve zdravotnictví do 5 let, od 6 do 10 let 5 (33 %) z dotázaných, 11 až 20 let 1 (7 %) sestra a více než 21 let 5 sester (33 %).

Graf 4 Doba působení na chirurgickém oddělení



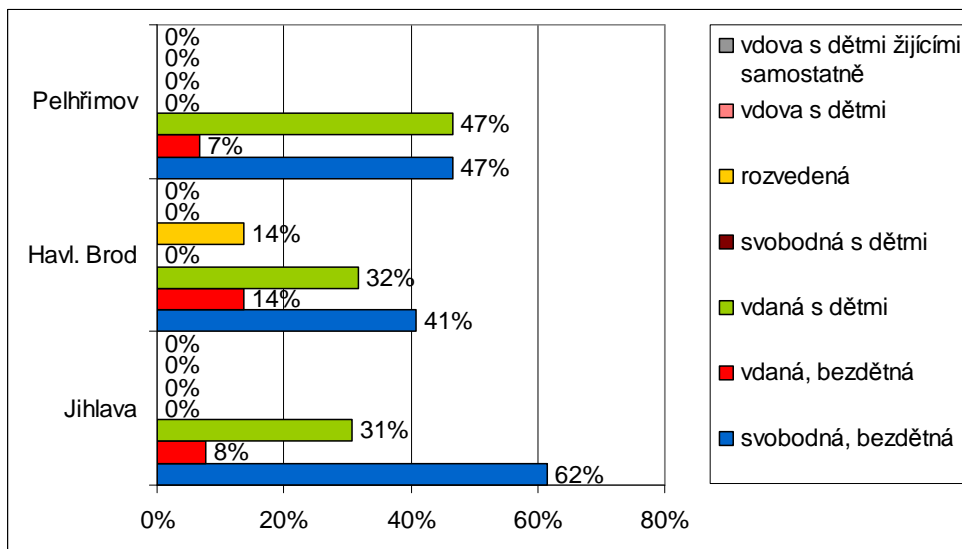
Z grafu lze vyčíst, že v Jihlavě působí na chirurgii 5 a méně let 5 sester (38 %), taktéž v rozpětí 6 – 10 let, 11 – 20 let tuto praxi vykonávají 2 sestry (15 %), 21 a více let 1 sestra (8 %). Z Havlíčkova Brodu pracuje v tomto oboru 13 dotázaných (59 %) 5 a méně let, po 4 sestrách (po 18 %) 6 – 10 let a 11 – 20 let, déle zde působí 1 sestra (5 %). V Pelhřimově se věnuje této práci do 5 let 6 sester (40 %), v rozmezí 6 – 10 let 4 sestry (27 %), 11 – 20 let 3 (20 %) a 21 let a více 2 respondentky (13 %).

Graf 5 Směnný provoz



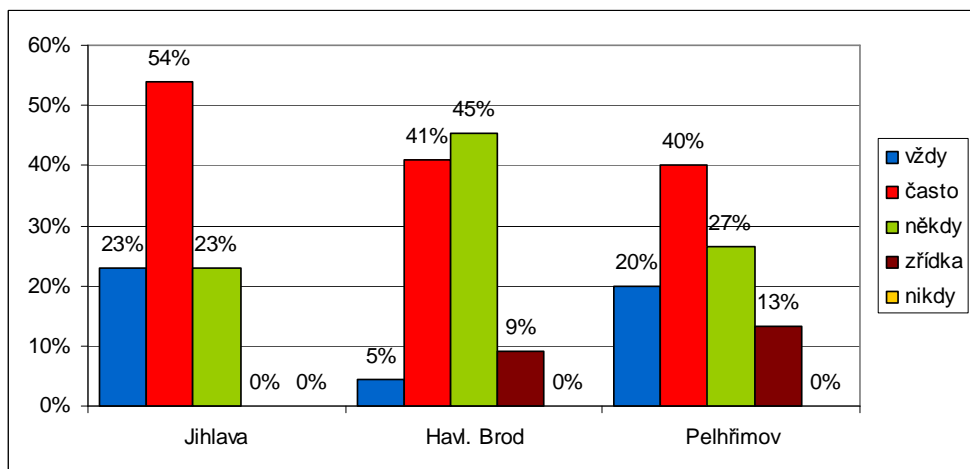
V jednosměnném provozu pracuje v Jihlavě 1 sestra (8 %), ve vícesměnném 12 sester (92 %), v Havlíčkově Brodě pracuje na jednu směnu 1 respondentka (5 %), na více směn pak 21 sester (95 %). V Pelhřimově pracují všechny dotázané (15 sester) ve směnném provozu.

Graf 6 Rodinný stav



Graf znázorňuje, že svobodných a zároveň bezdětných respondentek pracuje v Jihlavě 8 (62 %), vdaná bez dítěte 1 sestra (8 %) a 4 vdané s dětmi (31 %). V Havlíčkově Brodě je dotazovaných svobodných sester bez potomka 9 (41 %), 3 vdané bezdětné sestry (14 %) a 7 vdaných s dětmi (32 %). Z pelhřimovských sester je vdaná a bezdětná 1 sestra (7 %), vdaných s dětmi a svobodných bezdětných sester je v obou kategoriích shodně 7 sester (po 47 %). Žádná z respondentek není svobodná matka, rozvedená, vdova s dětmi či vdova s dětmi žijícími samostatně, vyjma Havlíčkova Brodu, kde pouze 3 sestry (14 %) uvedly, že jsou rozvedené.

Graf 7 Rozpoznání rizikových faktorů



3 jihlavské sestry (po 23 %) dokáží rozpoznat faktor zapříčínující psychickou zátěž vždy nebo někdy, 7 sester (54 %) často a žádná ze sester neodpověděla na tuto otázku zřídka nebo nikdy. V Havlíčkově Brodě dokáže onen rizikový faktor rozpoznat vždy 1 sestra (5 %), často 9 sester (41 %), někdy 10 sester (45 %), zřídka 2 sestry (9 %) a nikdy žádná sestra. V Pelhřimově počet sester schopných odhalit příčinu vždy jsou 3 (20 %), často 6 (40 %), někdy 4 (27 %), zřídka 2 (13 %) a k nabídce nikdy se nevyjádřila žádná sestra.

Tabulka 1a Reakce na zátěž - Jihlava

Reakce	Četnost									
	Vždy		Často		Někdy		zřídka		nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Pláč	0	0	1	8	3	23	1	8	8	62
Hněv	1	8	3	23	0	0	5	38	4	31
Podrážděnost	2	15	6	46	4	31	1	8	0	0
Strach	0	0	0	0	2	15	8	62	3	23
Zmatečnost	0	0	0	0	3	23	5	38	5	38
Křik	0	0	1	8	0	0	6	46	6	46
Nadávání	3	23	2	15	3	23	1	8	4	31
Potřeba „třísknout dveřmi“	2	15	2	15	2	15	3	23	4	31
Přemýšlení o stresu	1	8	3	23	6	46	3	23	0	0
Apatie, pasivita	0	0	1	8	0	0	1	8	11	85

Na zátěž reagují prostřednictvím pláče a zmatečnosti někdy po 3 sestrách (po 23 %) z Jihlavy, hněvem často 3 sestry (23 %), podrážděností často 6 respondentek (46 %), strachem někdy 2 sestry (15 %) a zřídka 8 (62 %), křikem zřídka 6 sester (46 %), nadáváním vždy 3 tázané (23 %), potřebou „třísknout dveřmi“ vždy 2 (15 %), přemýšlením o stresu často 3 sestry (23 %) a někdy 6 (46 %) a apatií 1 sestra (8 %) často.

Tabulka 1b Reakce na zátěž – Havlíčkův Brod

Reakce	Četnost									
	Vždy		často		Někdy		zřídka		Nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Pláč	0	0	0	0	0	0	10	45	12	55
Hněv	1	5	3	14	8	36	6	27	4	18
Podrážděnost	0	0	6	27	11	50	3	14	2	9
Strach	0	0	2	9	5	23	10	45	5	23
Zmatkování	0	0	4	18	0	0	11	50	7	32
Křik	0	0	1	5	4	18	6	27	11	50
Nadávání	1	5	4	18	7	32	5	23	5	23
Potřeba „třísknout dveřmi“	0	0	0	0	6	27	7	32	9	41
Přemýšlení o stresu	4	18	4	18	3	14	4	18	7	32
Apatie, pasivita	0	0	0	0	1	5	6	27	15	68

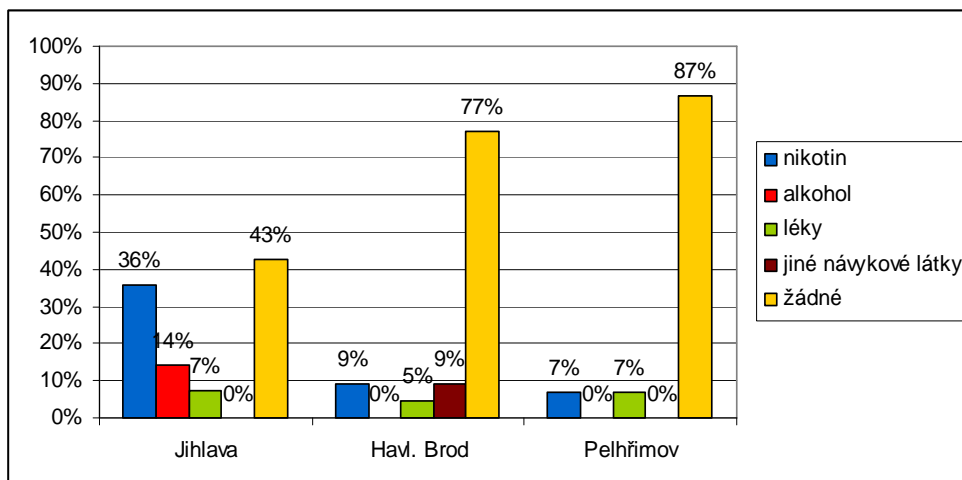
V Havlíčkově Brodě využívá jako reakci na zátěž 10 sester (45 %) zřídka pláč, 8 (36 %) někdy hněv, 6 (27 %) podrážděnost často a 11 (50 %) někdy, strach někdy 5 sester (23 %), zmatkování zřídka 11 (50 %), křik někdy 4 sestry (18 %) a zřídka 6 (27 %), nadávání někdy 7 sester (32 %), potřebu něco udělat někdy 6 (27 %), přemýšlení o stresu vždy 4 respondentky (18 %) a apatii, pasivitu zřídka 6 sester (27 %).

Tabulka 1c Reakce na zátěž - Pelhřimov

Reakce	Četnost									
	Vždy		Často		Někdy		zřídka		nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Pláč	1	7	0	0	2	13	7	47	5	33
Hněv	0	0	3	20	5	33	6	40	1	7
Podrážděnost	2	13	5	33	5	33	2	13	1	7
Strach	0	0	2	13	8	53	4	27	1	7
Zmatečnost	0	0	1	7	5	33	8	53	1	7
Křik	0	0	1	7	4	27	5	33	5	33
Nadávání	0	0	3	20	6	40	6	40	0	0
Potřeba „třísknout dveřmi“	0	0	3	20	2	13	2	13	8	53
Přemýšlení o stresu	3	20	4	27	5	33	2	13	1	7
Apatie, pasivita	0	0	1	7	6	40	2	13	6	40

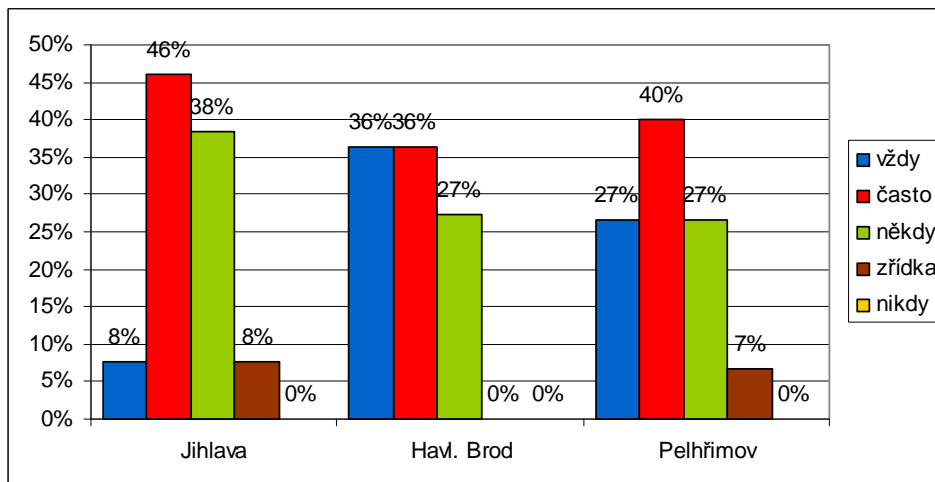
7 pelhřimovských sester (47 %) reaguje na zátěž zřídka pláčem, 5 (33 %) někdy hněvem, rovněž 5 sester (33 %) často podrážděností, 8 tázaných (53 %) někdy strachem, 5 sester (33 %) někdy zmatečností, 4 (27 %) někdy křikem, 6 sester (40 %) někdy nadáváním, 3 (20 %) často „třísknutím“ dveří, 5 (33 %) někdy přemýšlením o stresu a apatií někdy 6 sester (40 %).

Graf 8 Používání návykových látek



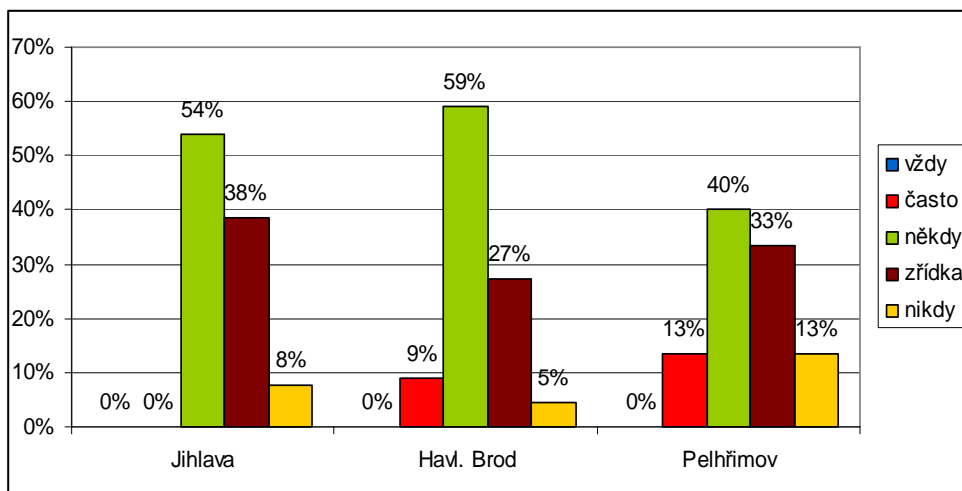
V Jihlavě se stres snaží zmírnit kouřením 5 sester (36 %), požíváním alkoholu 2 sestry (14 %), braním léků 1 sestra (7 %), jiné návykové látky neužívá žádná ze sester a 6 respondentek v tomto ohledu neužívá návykové látky vůbec. V Havlíčkově Brodě kouří pro potlačení stresu 2 sestry (9 %), žádná nepije alkohol, 1 sestra (5 %) užívá léky, 2 sestry (9 %) užívají jiné návykové látky a 17 sester (77 %) se užívání jakýchkoli návykových látek straní. V Pelhřimově za výše zmíněným účelem kouří 1 sestra (7 %), stejný údaj platí i pro užívání léku, žádná ze sester nezmírňuje stres alkoholem či jinými návykovými látkami a 13 sester (87 %) nepoužívá žádné návykové látky.

Graf 9 Racionální zhodnocení situace



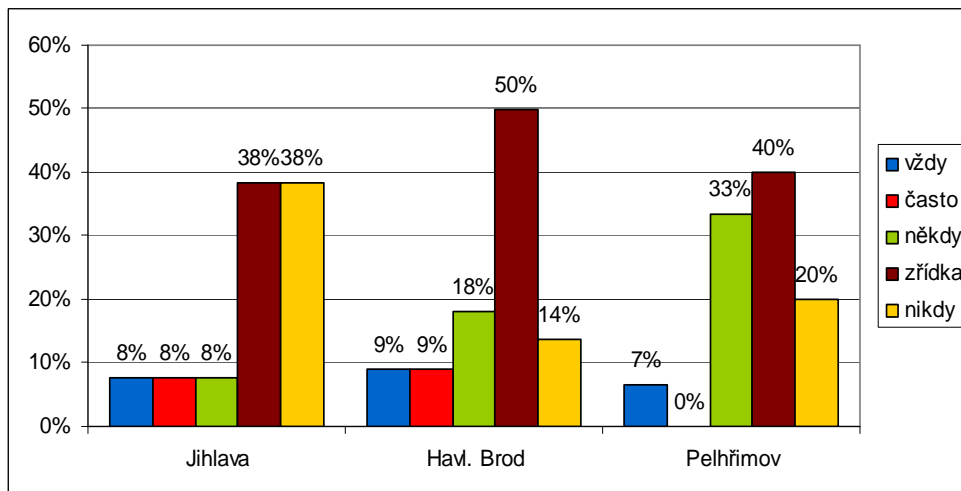
1 (8 %) ze sester dotázaných v Jihlavě je schopna racionálního zhodnocení situace vždy, často pak 6 sester (46 %), někdy 5 sester (38 %), zřídka 1 sestra (8%) a nikdy žádná ze sester. V Havlíčkově Brodě 8 sester (36 %) vždy racionálně hodnotí situaci, stejně tak 8 sester (36 %) často, 6 sester (27 %) někdy a žádná ze sester nevedla možnost zřídka a nikdy. Z průzkumu v Pelhřimově vyplývá, že 4 dotázané (27 %) zvládají racionálně hodnotit situaci vždy, 6 sester (40 %) často, 4 sestry (27 %) někdy, 1 sestra (7 %) zřídka a nikdy žádná ze sester.

Graf 10 Četnost žádostí o pomoc



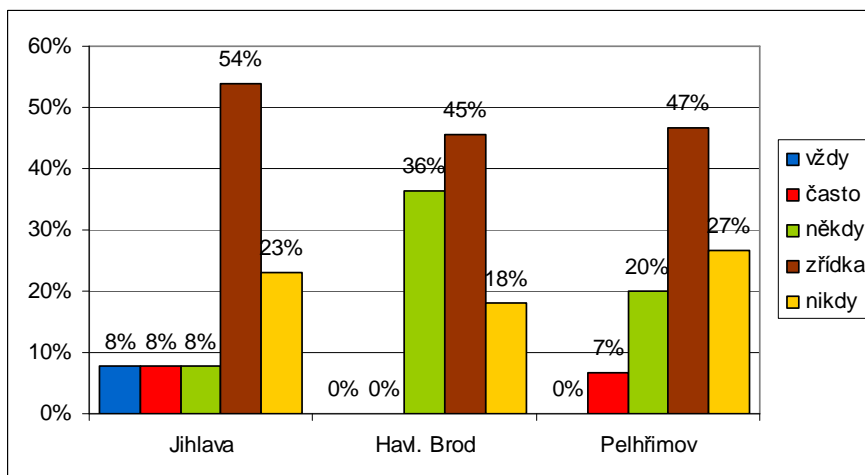
Žádná z dotázaných sester z Jihlavy pokaždé ani často nehledá pomoc u svého okolí, 7 sester (54 %) někdy, 5 sester (38 %) zřídka a 1 dotázaná (8 %) pomoc nežadá nikdy. Žádná sestra z Havlíčkova Brodu se na své okolí neobrací s žádostí o pomoc vždy, často 2 sestry (9 %), někdy 13 sester (59 %), zřídka 6 sester (27 %) a nikdy pouze jedna sestra (5 %). V Pelhřimově možnost „vždy“ nevedla žádná ze sester, „často“ 2 sestry (13 %), „někdy“ 6 sester (40 %), „zřídka“ 5 sester (33 %) a „nikdy“ 2 sestry (13 %).

Graf 11 Vyhýbání se situacím vyvolávajícím zdání neobornosti



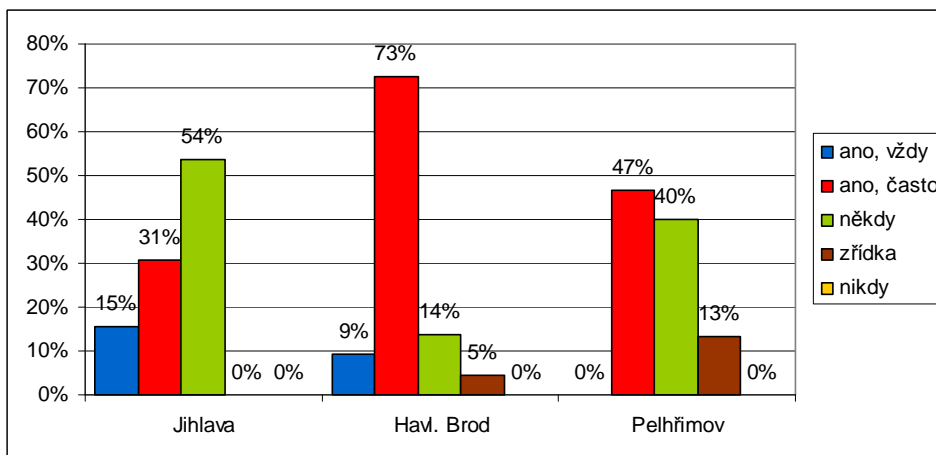
Vyhnout se situacím, které mohou vyvolat pochybnosti o odbornosti, se vždy snaží 1 sestra (8 %), stejný počet často a někdy. Zřídka a nikdy odpovědělo shodně 5 sester (38 %). V Havlíčkově Brodě se těmto situacím vyhýbají vždy nebo často 2 sestry (9 %), někdy 4 sestry (18 %), zřídka 11 sester (50 %) a nikdy 3 sestry. V Pelhřimově na otázku, zda se snaží vyvarovat odhalení neobornosti, odpověděla 1 sestra (7 %), že vždy, žádná z respondentek často, 5 sester někdy (33 %), 6 sester zřídka (40 %) a nikdy 3 sestry (20 %).

Graf 12 Tendence oddalovat řešení problémů



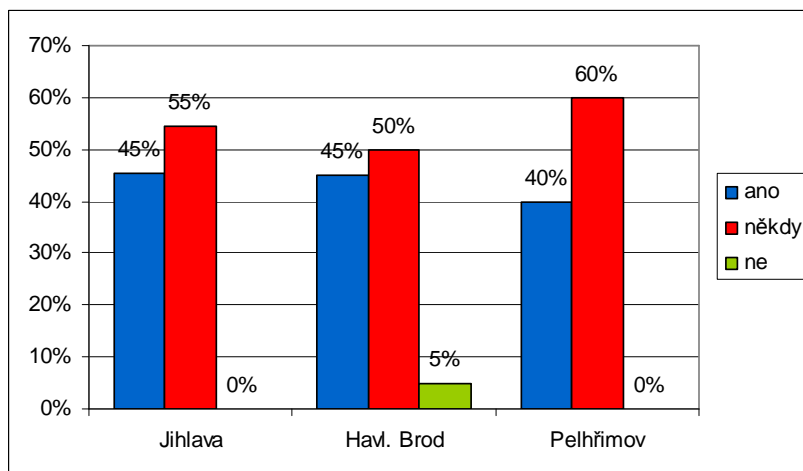
Tendenci oddalovat řešení problémů má vždy, často a někdy po 1 (po 8 %) z dotázaných sester v Jihlavě, 7 sester (54 %) zřídka a okamžitě řeší své problémy 2 sestry (23 %), v Havlíčkově Brodě vždy a často žádná ze sester, někdy 8 sester (36 %), zřídka 10 sester (45 %) a nikdy 4 sestry (18 %). Žádná z pelhřimovských sester nezvolila možnost vždy, 1 sestra (7 %) uvedla, že často, 3 sestry (20 %) někdy, 7 sester (47 %) zřídka a 4 sestry (27 %) nikdy.

Graf 13 Schopnost vypořádat se se zátěžovými situacemi



2 (15 %) jihlavské sestry si myslí, že si se zátěžovými situacemi poradí vždy, 4 sestry (31 %) často, 7 sester (54 %) někdy a žádná z respondentek nezvolila možnost zřídka nebo nikdy. V Havlíčkově Brodě dokáží překonat náročné situace 2 sestry (9 %) vždy, 16 sester (73 %) často, 3 sestry (14 %) někdy, 1 sestra (5 %) zřídka a žádná sestra neuvěděla, že by si v těchto případech nevěděla rady nikdy. Z Pelhřimova 7 sester (47 %) vypovědělo, že nepříznivé situace dovedou přestat často, 6 sester (40 %) někdy, 2 sestry (13 %) zřídka a žádná ze sester neuvěděla možnosti vždy nebo nikdy.

Graf 14 Schopnost analyzovat příčiny nezvládnání zátěže



Z respondentek, které se vyjádřili k možnosti vypořádat se se zátěžovými situacemi jinak než „ano“ (graf 13), dokáže v Jihlavě analyzovat příčiny neúspěšného zvládnání zátěže 5 sester (45 %), někdy toto dokáže 6 sester (55 %) a nikdy žádná sestra. V Havlíčkově Brodě dokáže analyzovat nezvládnání duševního náporu 9 sester (45 %), naopak 1 sestra (5 %) ne a 10 sester (50 %) je schopno analyzovat tento neúspěch někdy. 6 pelhřimovských sester (40 %) na otázku, zda dokáží analyzovat příčiny neúspěšného zvládnání psychického vyčerpání, odpovědělo ano, 9 sester (60 %) někdy a žádná z dotázaných ne.

Tabulka 2a Příznaky při pracovním vypětí - Jihlava

Příznaky	Četnost							
	Často		Někdy		zřídka		Nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Bolesti hlavy, migrény	1	8	5	38	4	31	3	23
Trávicí potíže	0	0	3	23	4	31	6	46
Bolesti v oblasti páteře	1	8	3	23	2	15	7	54
Podrážděnost, úzkost	7	54	1	8	4	31	1	8
Prudké změny nálad	4	31	0	0	7	54	2	15
Nadměrná únava	4	31	3	23	4	31	2	15
Obtížná koncentrace	0	0	5	38	8	62	0	0
Poruchy spánku	2	15	0	0	5	38	6	46
Zhoršení v práci	0	0	7	54	2	15	4	31

V Jihlavě se jako příznak pracovního vypětí u 5 sester (38 %) někdy objevuje bolest hlavy, trávicí potíže a bolesti v oblasti páteře někdy u 3 sester (po 23 %), podrážděnost často u 7 sester (54 %), prudké změny nálad a nadměrná únava často u 4 sester (po 31 %), obtížná koncentrace někdy u 5 tázaných (38 %) a zřídka u 8 (62 %), poruchy spánku zřídka u 5 sester (38 %) a zhoršení v práci někdy u 7 respondentek (54 %).

Tabulka 2b Příznaky při pracovním vypětí – Havlíčkův Brod

Příznaky	Četnost							
	často		Někdy		zřídka		Nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Bolesti hlavy, migrény	6	27	8	36	6	27	2	9
Trávicí potíže	1	5	6	27	6	27	9	41
Bolesti v oblasti páteře	1	5	6	27	7	32	8	36
Podrážděnost, úzkost	2	9	10	45	7	32	3	14
Prudké změny nálad	1	5	5	23	8	36	8	36
Nadměrná únava	8	36	5	23	6	27	3	14
Obtížná koncentrace	2	9	6	27	9	41	5	23
Poruchy spánku	4	18	7	32	6	27	5	23
Zhoršení v práci	2	9	3	14	10	45	7	32

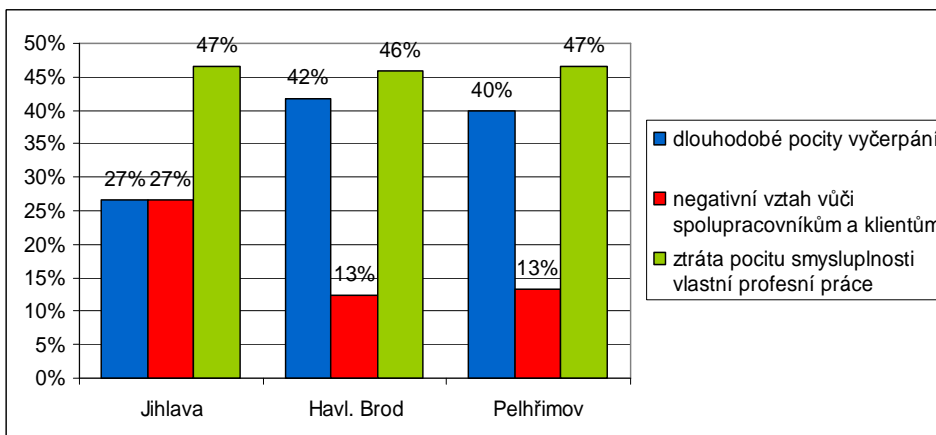
Havlíčkobrodské sestry pociťují pracovní vypětí takto: 6 sester (27 %) bolesti hlavy často, 8 (36 %) někdy, 6 sester (po 27 %) někdy trávicí potíže a bolesti zad, 10 respondentek (45 %) někdy podrážděnost, 5 (23 %) někdy prudké změny nálad, 8 sester (36 %) často nadměrná únava, 6 (27 %) někdy obtížná koncentrace, 9 (41 %) toto zřídka, 7 sester (32 %) někdy poruchy spánku a 10 (45 %) zřídka zhoršení v práci.

Tabulka 2c Příznaky při pracovním vypětí – Pelhřimov

Příznaky	Četnost							
	často		Někdy		zřídka		Nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Bolesti hlavy, migrény	4	27	8	53	1	7	2	13
Trávicí potíže	0	0	3	20	6	40	6	40
Bolesti v oblasti páteře	5	33	3	20	1	7	6	40
Podrážděnost, úzkost	3	20	10	67	1	7	1	7
Prudké změny nálad	3	20	3	20	5	33	4	27
Nadměrná únava	3	20	5	33	5	33	2	13
Obtížná koncentrace	1	7	2	13	8	53	4	27
Poruchy spánku	2	13	5	33	4	27	4	27
Zhoršení v práci	2	13	3	20	6	40	4	27

8 sester (53 %) tázaných v Pelhřimově pociťuje při pracovním vypětí někdy bolesti hlavy, 3 (20 %) někdy trávicí potíže a 6 (40 %) zřídka, 5 tázaných (33 %) často bolesti v oblasti páteře, 10 sester (67 %) někdy podrážděnost, 3 (20 %) často prudké změny nálad, po 5 sestřích (po 33 %) někdy nadměrnou únavu a poruchy spánku, 8 (53 %) zřídka obtížnou soustředěnost a 6 sester (40 %) zřídka zhoršení v práci.

Graf 15 Pocity spojené s výkonem práce



Dlouhodobé pocity vyčerpání a negativní vztah vůči spolupracovníkům mají shodně 4 sestry (po 27 %), 7 sester (47 %) ve vypjatých situacích ztrácí pocit smysluplnosti profesní práce. V Havlíčkově Brodě je to v prvním případě 10 sester (42 %), ve druhém 3 sestry (13 %) a v posledním 11 sester (46 %). Ve spojení s prací 6 pelhřimovských sester (40 %) pociťuje dlouhodobé vyčerpání, negativní vztahy k okolí 2 sestry (13 %) a ztrátu smysluplnost vlastní práce pociťuje 7 sester (47 %).

Tabulka 3a Způsob odreagování ve volném čase - Jihlava

Způsob odreagování	Četnost							
	alespoň 1krát za týden		alespoň 1krát za měsíc		Nepravidelně		Nikdy	
	počet	%	počet	%	Počet	%	počet	%
Četba	6	46	3	23	1	8	3	23
Zpěv	2	15	2	15	4	31	5	38
Hra na hudební nástroj	1	8	1	8	0	0	11	85
Poslech hudby	10	77	0	0	2	15	1	8
Kino, divadlo	0	0	3	23	8	62	2	15
Sport - aktivně	7	54	0	0	3	23	3	23
Práce na zahradě	1	8	1	8	3	23	8	62
Fyzická práce	2	15	6	46	1	8	4	31
Spánek	9	69	2	15	2	15	0	0
Setkání s přáteli	8	62	3	23	2	15	0	0
Meditace	1	8	0	0	1	8	11	85
Jiný koníček	9	69	1	8	2	15	1	8

6 jihlavských sester (46 %) se alespoň 1krát týdně odreagovává četbou, 4 (31 %) nepravidelně zpěvem, naopak 11 sester (po 85 %) nikdy nevyužívá jako způsob odreagování hru na hudební nástroj nebo meditaci. 10 sester (77 %) si odpočine minimálně jednou týdně poslechem hudby, 8 (62 %) navštěvuje nepravidelně divadlo či kino, 7 respondentek (54 %) jednou týdně aktivně sportuje, 3 (23 %) nepravidelně pracují na zahradě, 6 sester (46 %) alespoň 1krát měsíčně fyzicky pracuje, 9 (69 %) si alespoň 1krát za týden odpočine spánkem, 8 (62 %) se 1krát týdně schází s přáteli a 9 tázaných (69 %) odpočívá alespoň 1krát týdně u jiného koníčku.

Tabulka 3b Způsob odreakování ve volném čase – Havlíčkův Brod

Způsob odreakování	Četnost							
	alespoň 1krát za týden		alespoň 1krát za měsíc		Nepravidelně		Nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Četba	10	45	2	9	8	36	2	9
Zpěv	2	9	2	9	5	23	13	59
Hra na hudební nástroj	1	5	2	9	2	9	17	77
Poslech hudby	12	55	3	14	6	27	1	5
Kino, divadlo	1	5	3	14	13	59	5	23
Sport - aktivně	6	27	5	23	10	45	1	5
Práce na zahradě	3	14	5	23	9	41	5	23
Fyzická práce	8	36	3	14	9	41	2	9
Spánek	7	32	8	36	5	23	2	9
Setkání s přáteli	7	32	10	45	4	18	1	5
Meditace	0	0	2	9	2	9	18	82
Jiný koníček	4	18	3	14	4	18	11	50

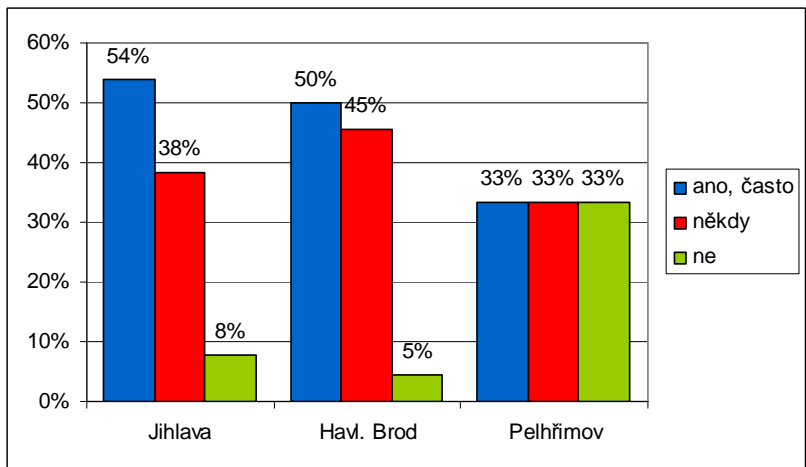
V Havlíčkově Brodě sestry odpočívají následovně: 10 (45 %) minimálně 1krát týdně čte, 5 (23 %) nepravidelně zpívá, 12 sester (55 %) alespoň 1krát za týden poslouchá hudbu, 13 (59 %) nepravidelně navštěvuje kino, 10 (45 %) nepravidelně sportuje, 9 (41 %) nepravidelně pracuje na zahradě, 8 sester (36 %) alespoň 1krát týdně fyzicky pracuje, 8 (36 %) minimálně 1krát měsíčně odpočívá spánkem, 10 (45 %) se 1krát za měsíc sejde s přáteli a 4 sestry (18 %) každý týden provozují jiný koníček. Naopak nikdy nevyužívá 17 sester (77 %) k odpočinku hru na hudební nástroj a 18 sester (82 %) nikdy meditaci.

Tabulka 3c Způsob odreagování ve volném čase – Pelhřimov

Způsob odreagování	Četnost							
	alespoň 1krát za týden		alespoň 1krát za měsíc		nepravidelně		Nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Četba	3	20	2	13	8	53	2	13
Zpěv	1	7	0	0	4	27	10	67
Hra na hudební nástroj	0	0	0	0	1	7	14	93
Poslech hudby	13	87	1	7	1	7	0	0
Kino, divadlo	1	7	4	27	8	53	2	13
Sport - aktivně	5	33	2	13	6	40	2	13
Práce na zahradě	6	40	5	33	3	20	1	7
Fyzická práce	9	60	0	0	5	33	1	7
Spánek	10	67	1	7	4	27	0	0
Setkání s přáteli	3	20	3	20	9	60	0	0
Meditace	0	0	0	0	3	20	12	80
Jiný koníček	2	13	3	20	6	40	4	27

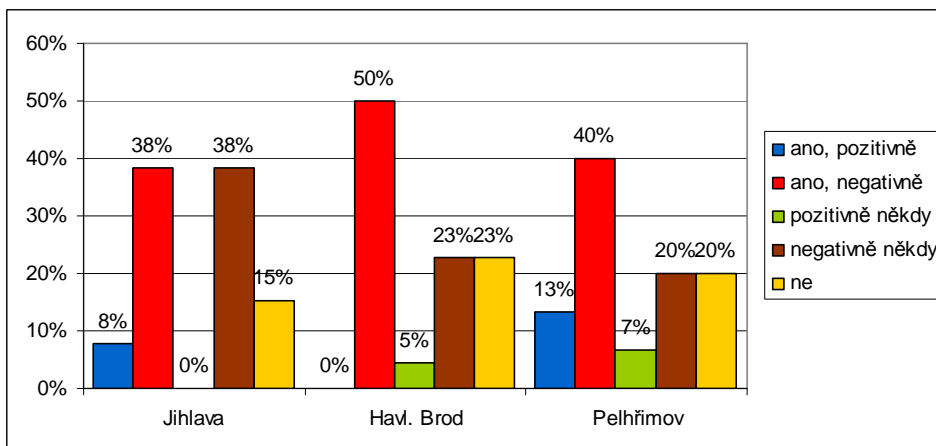
K nepravidelné četbě se v rámci odpočinku uchyluje v Pelhřimově 8 sester (53 %), k nepravidelnému zpěvu pak 4 setry (27 %), minimálně 1krát týdně se poslechem hudby odreaguje 13 respondentek (87 %), 8 (53 %) nepravidelně navštíví kino, aktivně sportuje 1krát týdně 5 tázaných (33 %) a 6 (40 %) nepravidelně, taktéž 6 (40 %) alespoň 1krát týdně pracuje na zahradě, 9 (60 %) 1krát týdně využije k odpočinku fyzickou práci, 10 sester (67 %) minimálně 1krát za týden spánek, 9 (60 %) nepravidelně setkání s přáteli a 6 sester (40 %) nepravidelně jiný koníček. Hrou na hudební nástroj se nikdy neodreaguje 14 sester (93 %) a meditací 12 (80 %).

Graf 16 Ovlivnění kvality ošetrovatelské péče



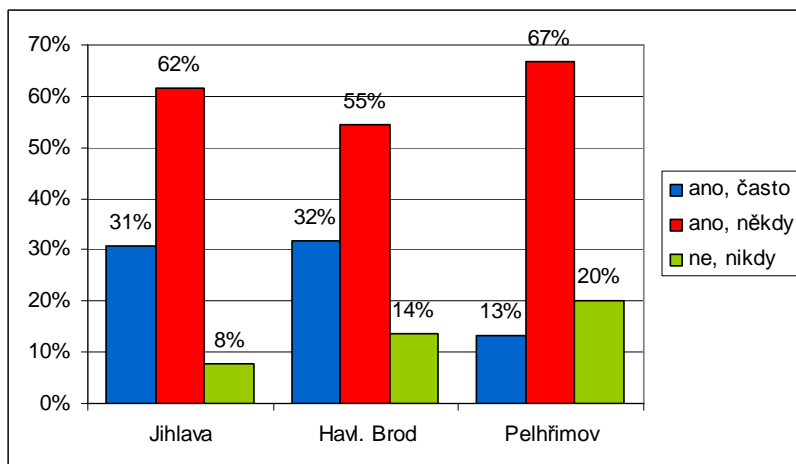
7 jihlavských sester (54 %) si myslí, že psychická zátěž na jejich pracovišti se dotýká kvality ošetrovatelské péče často, 1 sestra (8 %), že ne a 5 sester (38 %) odpovědělo, že někdy. V Havlíčkově Brodě se 11 sester (50 %) domnívá, že duševní vyčerpání u sester je spojeno s kvalitou péče o pacienta často, 10 sester (45 %) někdy a 1 sestra (5 %) je opačného názoru. Na pelhřimovské chirurgii zvolily dotázané každou z možností ve stejném počtu, tj. po 5 sestřích (po 33 %).

Graf 17 Ovlivnění vztahu k pacientovi



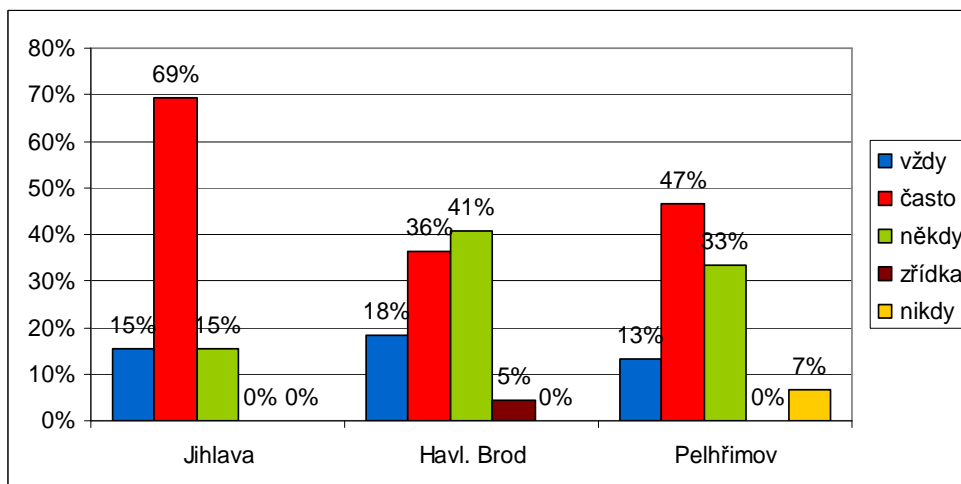
Vztah k pacientovi 1 sestry z Jihlavy (8 %) ovlivňuje psychická zátěž pozitivně, 5 sester (38 %) negativně, žádnou sestru pozitivně někdy, 5 sester (38%) negativně někdy a 2 sestry (15 %) neovlivňuje psychické vypětí v tomto případě vůbec. Duševní zátěž ovlivňuje z havlíčkobrodských sester pozitivně pouze někdy 1 sestru (5 %), negativně 11 sester (50 %), negativně někdy nebo vůbec vždy 5 dotázaných (po 23 %). V Pelhřimově působí zátěž na vztah k pacientovi kladně na 2 sestry (13 %), negativně na 6 sester (40 %), pozitivně někdy na 1 sestru (7 %) a někdy záporně nebo vůbec vždy na 3 sestry (po 20 %).

Graf 18 Negativní vliv zátěže na komunikaci s pacienty



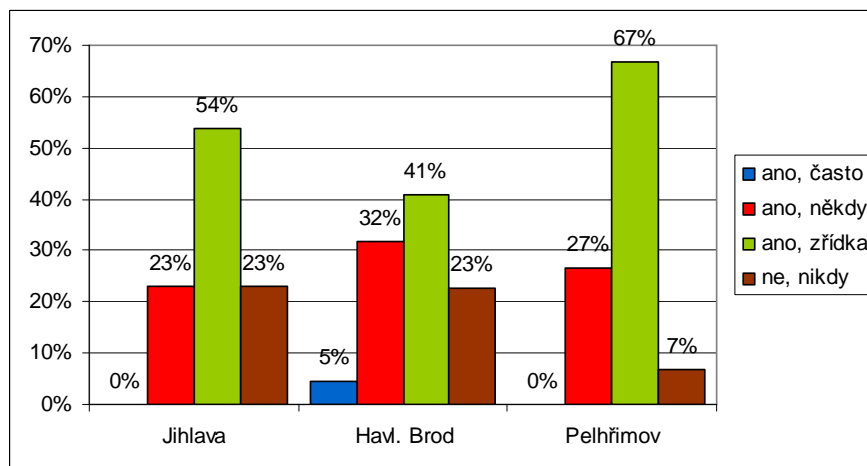
Negativní vliv zátěže na komunikaci s pacienty pociťují 4 sestry (31 %) v Jihlavě často, 8 sester (62 %) někdy a nikdy 1 z tázaných (8 %), v Havlíčkově Brodě pak 7 sester (32 %) často, 12 (55 %) někdy a nikdy 3 sestry (14 %). 2 sestry (13 %) pracující v Pelhřimově zátěž negativně ovlivňuje často, 10 sester (67 %) někdy a 3 tázané (20 %) nikdy.

Graf 19 Koordinace k oboustranné spokojenosti



Graf ukazuje, že 2 respondentkám z Jihlavy (po 15 %) se daří skloubit pracovní vytížení s péčí o pacienty vždy nebo někdy, 9 sestrám (69 %) často a mírný či úplný neúspěch v této situaci nevedla žádná ze sester. V Havlíčkově Brodě zkoordinují výše zmíněné dva faktory 4 sestry (18 %) vždy, 8 sester (36 %) často, někdy 9 sester (41 %), zřídka 1 (5 %) a nikdy žádná ze sester. V Pelhřimově péči o pacienty s prací dokáží sladit 2 sestry (13 %) vždy, 7 sester (47 %) někdy a 1 respondentka přiznává, že se jí tento problém řešit nedaří vůbec.

Graf 20 Chybování



Časté chybování nepřiznává žádná ze sester v Jihlavě, někdy chybují 3 z tázaných (23 %), zřídka 7 sester (54 %) a nikdy 3 sestry (23 %). V Havlíčkově Brodě často 1 respondentka (5 %), někdy 7 (32 %), zřídka 9 (41 %) a nikdy 5 sester (23 %). Žádná z pelhřimovských sester nechybuje často, někdy 4 (27 %), zřídka 10 sester (67 %) a nikdy se to nestává 1 ze sester (7 %).

Tabulka 4a Hodnocení pracovního prostředí - Jihlava

Hledisko	Hodnocení					
	Výborné		vyhovující		špatné	
	počet	%	počet	%	Počet	%
Zázemí	1	8	5	38	7	54
Technické vybavení	0	0	6	46	7	54
Stravování	3	23	7	54	3	23
Hluk	0	0	7	54	6	46
Teplota	1	8	8	62	4	31

V Jihlavě hodnotí zázemí v práci jako výborné 1 sestra (8 %), jako vyhovující 5 (38 %) a jako špatné 7 sester (54 %), technické vybavení 6 sester (46 %) jako vyhovující a 7 (54 %) jako špatné, stravování 3 sestry (23 %) jako výborné, 7 (54 %) jako vyhovující a 3 (23 %) jako špatné. Hluk 7 sester (54 %) považuje za vyhovující a 6 (46 %) jako špatný. Teplota je pro 1 tázanou (8 %) výborná, pro 8 (62 %) vyhovující a pro 4 sestry (31 %) špatná.

Tabulka 4b Hodnocení pracovního prostředí – Havlíčkův Brod

Hledisko	Hodnocení					
	Výborné		vyhovující		špatné	
	počet	%	počet	%	počet	%
Zázemí	4	18	12	55	6	27
Technické vybavení	2	9	17	77	3	14
Stravování	4	18	17	77	1	5
Hluk	2	9	17	77	3	14
Teplota	3	14	17	77	2	9

Zázemí jako výborné hodnotí 4 sestry (18 %) z Havlíčkova Brodu, jako vyhovující 12 (55 %) a jako špatné 6 (27 %). Technické vybavení považují 2 (9 %) za výborné, 17 (77 %) za vyhovující a 6 (27 %) za špatné, stravování 4 (18 %) za výborné, 17 (77 %) za vyhovující a 1 sestra (5 %) za špatné. Míru hluku považují 2 sestry (9 %) za výbornou, 17 (77 %) za vyhovující a 3 (14 %) za špatnou, teplotu 3 sestry (14 %) za výbornou, 17 (77 %) za vyhovující a 2 (9 %) za špatnou.

Tabulka 4c Hodnocení pracovního prostředí – Pelhřimov

Hledisko	Hodnocení					
	výborné		vyhovující		špatné	
	počet	%	počet	%	počet	%
Zázemí	1	7	3	20	11	73
Technické vybavení	0	0	11	73	4	27
Stravování	5	33	9	60	1	7
Hluk	0	0	6	40	9	60
Teplota	1	7	10	67	4	27

Zázemí je pro 1 sestru (7 %) z Pelhřimova výborné, pro 3 (20 %) vyhovující a pro 11 (73 %) špatné, technické vybavení pro 11 (73 %) vyhovující, pro 4 sestry (27 %) špatné. Stravování pro 5 (33 %) výborné, pro 9 (60 %) vyhovující a pro 1 (7 %) špatné, hluk pro 6 sester (40 %) vyhovující, pro 9 (60 %) špatný, teplota pro 1 sestru (7 %) výborná, pro 10 (67 %) vyhovující a pro 4 (27 %) špatná.

Tabulka 5a Změna počtu zdravotnického personálu - Jihlava

Pracovník	Změna počtu pracovníků					
	zvýšení		snížení		není třeba měnit	
	počet	%	počet	%	počet	%
Kvalifikované registrované sestry	12	92	0	0	1	8
Neregistrované sestry	4	31	0	0	9	69
Lékaři	10	77	0	0	3	23
Pomocný personál	13	100	0	0	0	0

Dle názoru 12 sester (92 %) z Jihlavy je třeba zvýšit počet kvalifikovaných registrovaných sester, dle 1 sestry (8 %) počet není třeba měnit. 4 sestry (31 %) by zvýšily počet neregistrovaných sester, 9 (69 %) by počet neměnilo. 10 (77 %) by zvýšilo počet lékařů, 3 (23 %) by nechaly počet stejný. Všech 13 sester je pro zvýšení počtu pomocného personálu.

Tabulka 5b Změna počtu zdravotnického personálu – Havlíčkův Brod

Pracovník	Změna počtu pracovníků					
	zvýšení		snížení		není třeba měnit	
	Počet	%	počet	%	počet	%
Kvalifikované registrované sestry	17	77	0	0	5	23
Neregistrované sestry	6	27	0	0	16	73
Lékaři	7	32	0	0	15	68
Pomocný personál	21	95	0	0	1	5

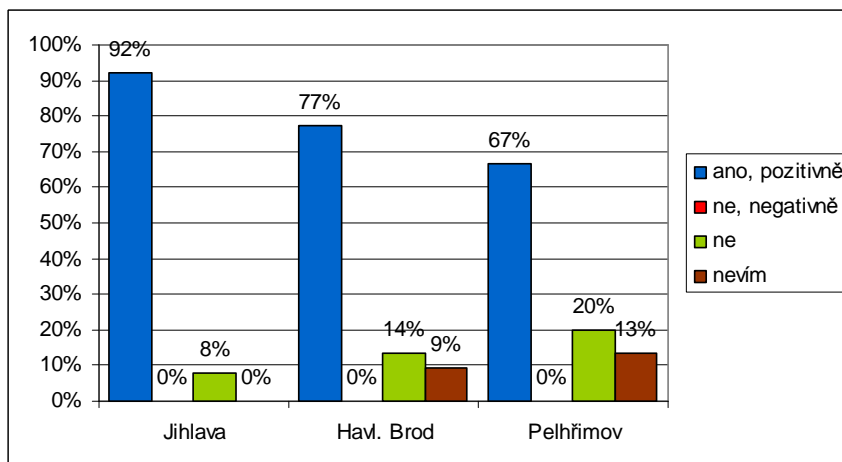
Pro Havl. Brod platí, že 17 sester (77 %) by zvýšilo počet registrovaných sester, 5 (23 %) by počet nechalo stejný. 6 (27 %) vyžaduje zvýšení neregistrovaných sester, 16 (73 %) myslí, že počet není třeba měnit. 7 (32 %) by uvítalo větší počet lékařů, 15 sestrám (68 %) počet lékařů vyhovuje. 21 sester (95 %) vyžaduje zvýšení počtu pomocného personálu a pouze 1 (5 %) by počet neměnila.

Tabulka 5c Změna počtu zdravotnického personálu – Pelhřimov

Pracovník	Změna počtu pracovníků					
	Zvýšení		snížení		není třeba měnit	
	Počet	%	počet	%	počet	%
Kvalifikované registrované sestry	6	40	0	0	9	60
Neregistrované sestry	3	20	0	0	12	80
Lékaři	1	7	4	27	10	67
Pomocný personál	9	60	0	0	6	40

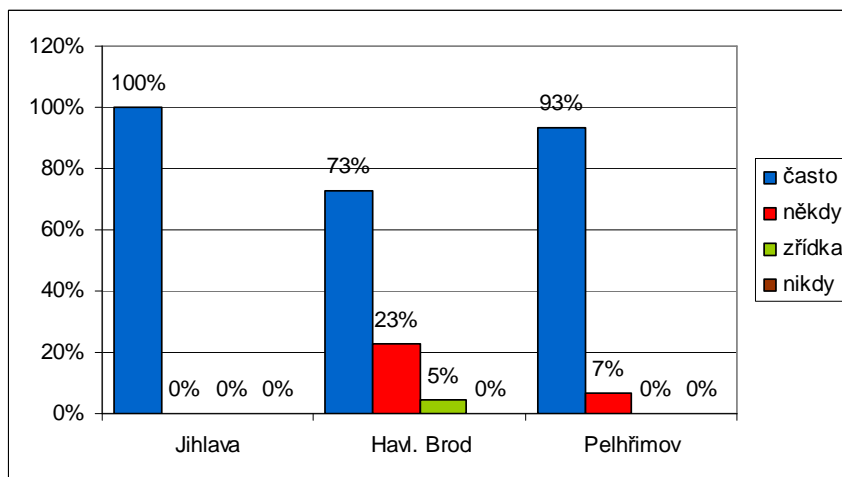
V Pelhřimově by 6 sester (40 %) navrhovalo zvýšit počet registrovaných sester, 9 (60 %) je se stávajícím stavem spokojeno. 3 (20 %) jsou pro zvýšení počtu neregistrovaných sester, 12 (80 %) myslí, že počty nejsou třeba měnit 1 (7 %) by uvítala více lékařů, 4 (27 %) méně lékařů a 10 (67 %) by počty neměnilo. Pomocného personálu by 9 (60 %) chtělo více a pro 6 (40 %) je počet těchto pracovníků dostačující.

Graf 21 Vliv množství personálu na pracovní atmosféru



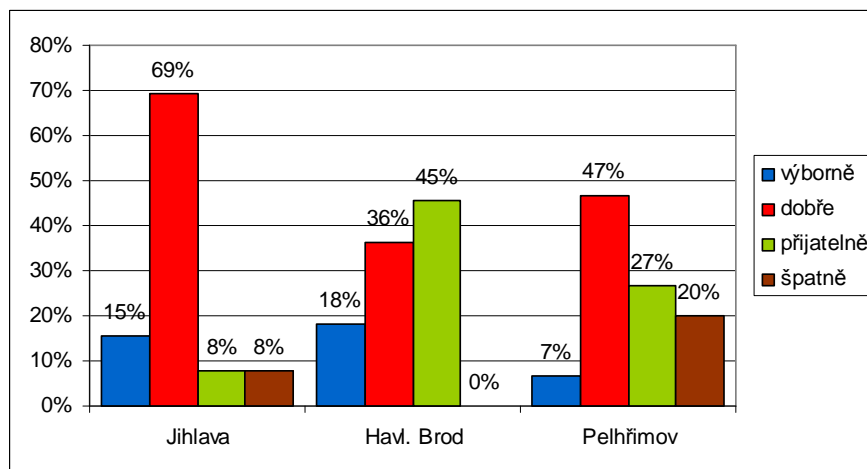
12 jihlavských sester (92 %) uvedlo, že množství personálu má vliv na pracovní atmosféru, jedna respondentka (8 %) si myslí, že toto vliv nemá. Pro Havlíčkův Brod platí, že 17 sester (77 %), věří v lepší pracovní atmosféru s větším počtem personálu, 3 (14 %) ne a 2 tázané (9 %) neví, v Pelhřimově souhlasí s první možností 10 sester (67 %), že ne si myslí 3 sestry (20 %) a 2 tázané (13 %) neví.

Graf 22 Vykonávání prací, které sestřám nenáleží



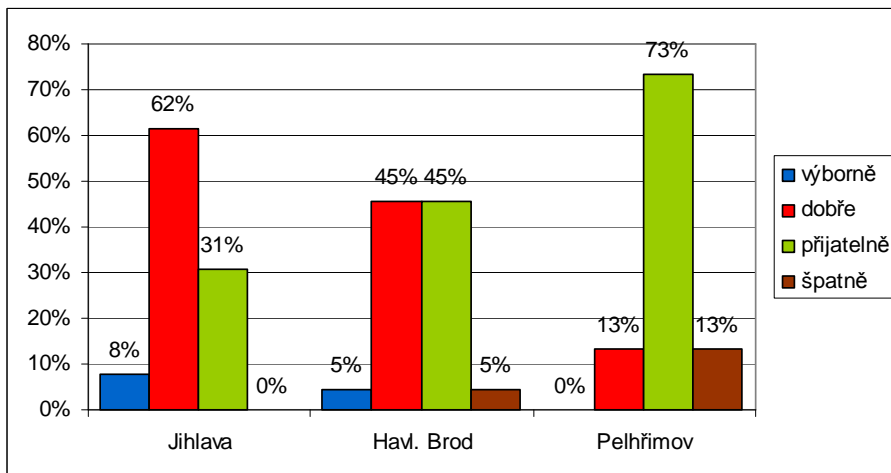
Všech 13 tázaných sester v Jihlavě vykonává často práci, která jim nenáleží, 16 havlíčkobrodských sester (73 %) taktéž často, 5 (23 %) někdy a 1 sestra (5 %) zřídka. V Pelhřimově se s vykonáváním nepříslušející práce často setkává 14 respondentek (93 %) a někdy 1 tázaná (7 %).

Graf 23 Interpersonální vztahy mezi sestrami



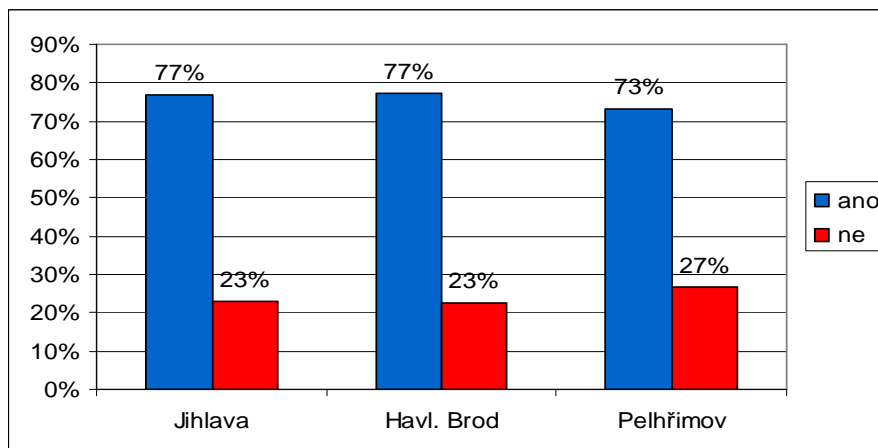
V jihlavské nemocnici hodnotí vztah mezi sestrami jako výborný 2 respondentky (15 %), jako dobrý 9 (69 %), jako příjemný a špatný po 1 sestře (po 8 %). 4 sestry (18 %) z Havlíčkova Brodu se domnívají, že mají výborné vztahy mezi sebou, 8 sester (36 %) myslí, že dobré a 10 (45 %) příjemné. V Pelhřimově hodnotí interpersonální vztahy jako výborné 1 tázaná (7 %), dobré 7 (47 %), příjemné 4 (27 %) a jako špatné 3 respondentky (20 %).

Graf 24 Interpersonální vztahy mezi sestrou a lékařem



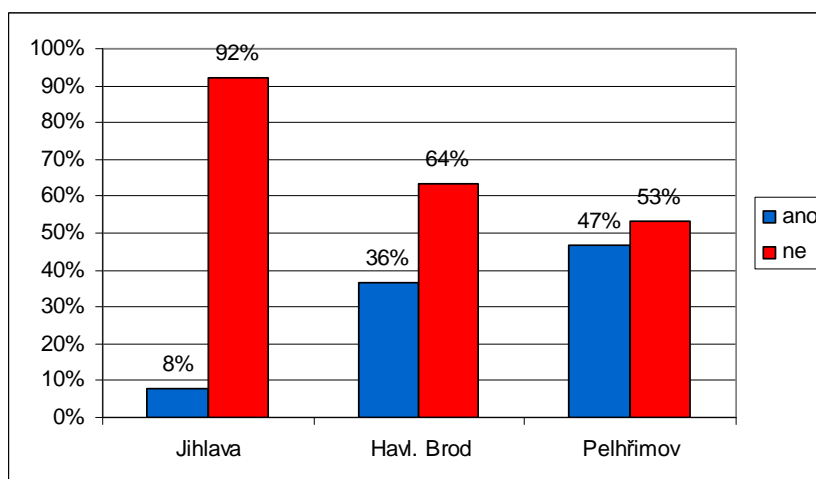
Vztahy sestry – lékaři hodnotí jako výborné 1 tázaná (8 %) z Jihlavy, jako dobré 8 (62 %), přijatelné 4 (31 %) a za špatné je nepovažuje žádná ze sester. Z výsledků pro Havlíčkův Brod vyplynulo, že tyto vztahy hodnotí jako výborné 1 sestra (5 %), jako dobré a přijatelné po 10 tázaných (po 45 %) a jako špatné 1 sestra (5 %). Jako výborné nehodnotí lékařsko-sesterské vztahy žádná sestra z pelhřimovské nemocnice, jako dobré 2 respondentky (13 %), 11 (73 %) jako přijatelné a 2 sestry (13 %) jako špatné.

Graf 25 Udržování kontaktů mimo pracovní prostředí



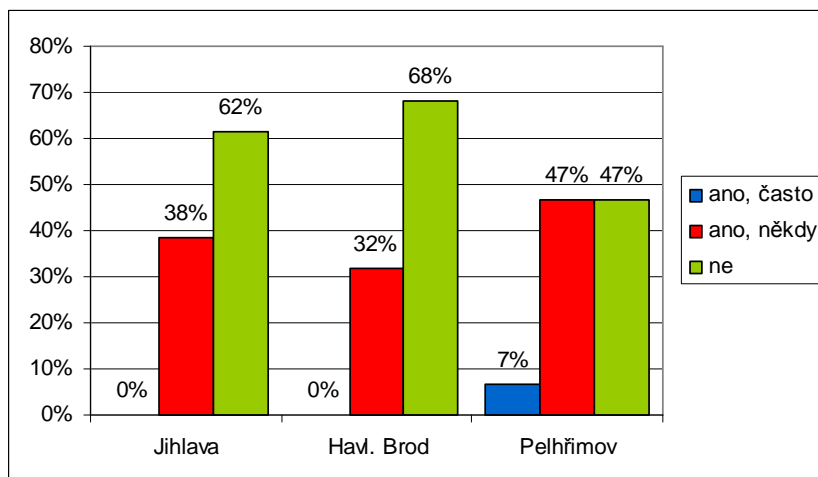
Z grafu lze vyčíst, že v Jihlavě je mimo zaměstnání v kontaktu se spolupracovníky 10 sester (77 %), v Havlíčkově Brodě 17 sester (77 %) a v Pelhřimově 11 sester (73 %). Mimo pracovní dobu se naopak nestýkají s kolegy z práce v Jihlavě 3 sestry (23 %), v Havlíčkově Brodě 5 sester (23 %) a v Pelhřimově 4 sestry (27 %).

Graf 26 Zájem vedení o psychické zdraví



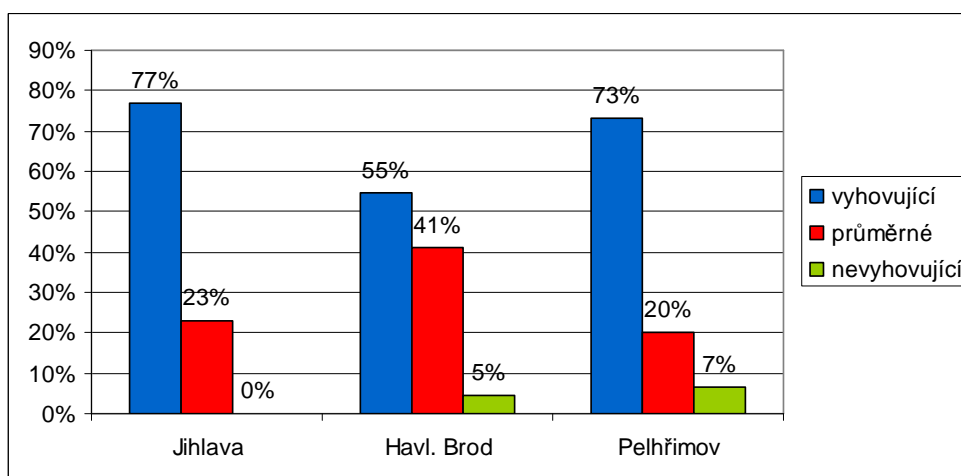
Na otázku, zda se vedení zajímá o psychické zdraví sester, odpověděla kladně 1 tázaná (8 %) z Jihlavy, 8 (36 %) z Havlíčkova Brodu a 7 sester (47 %) z Pelhřimova. Záporně pak odpovědělo 12 respondentek (92 %) z jihlavské nemocnice, z havlíčkobrodské 14 (64 %) a z pelhřimovské 8 tázaných (53 %).

Graf 27 Přizvání managementem k rozhodování



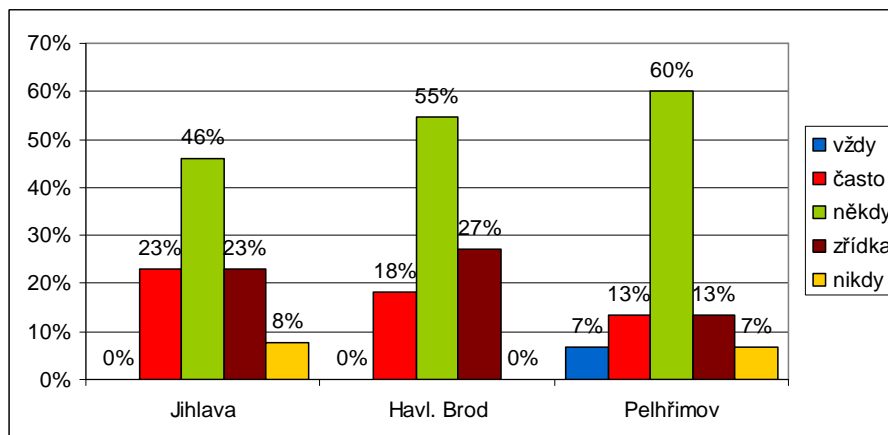
5 sester (38 %) pracujících na chirurgickém oddělení v Jihlavě bývá někdy přizváno k rozhodování, 8 sester (62 %) nikdy, v Havlíčkově Brodě někdy 7 respondentek (32 %) a nikdy 15 tázaných (68 %). Pouze 1 sestra (7 %) z Pelhřimova uvedla, že k rozhodování bývá přizvána často a po 7 sestřích (po 47 %) nikdy.

Graf 28 Rodinné zázemí ve vztahu k výkonu povolání



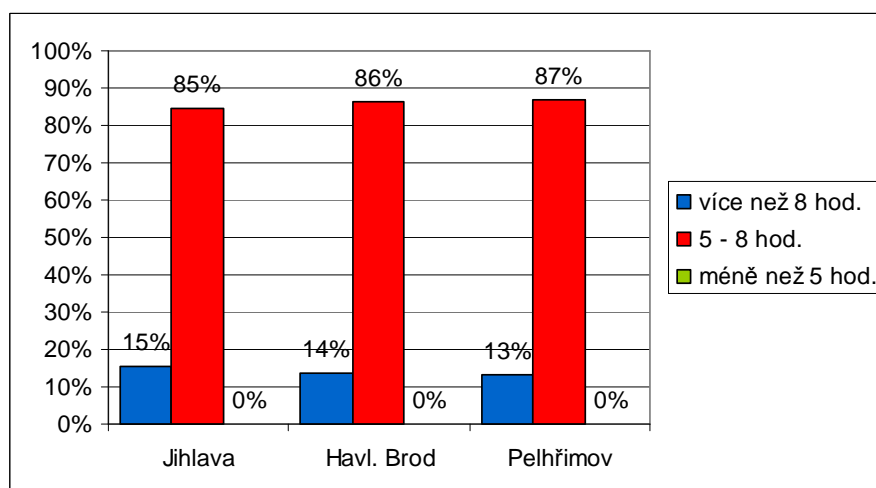
10 jihlavských sester (77 %) shledává rodinné zázemí ve spojení se zaměstnáním jako vyhovující, 3 sestry (23 %) jako průměrné a žádná jako nevhovující. Pro 12 sester (55 %) z Havlíčkova Brodu platí, že rodinné zázemí je v tomto vztahu vyhovující, pro 9 sester (41 %) průměrné a pro 1 dotázanou (5 %) nevhovující. V Pelhřimově je s tímto spokojeno 11 sester (73 %), výše zmíněný stav hodnotí 3 sestry (73 %) jako průměrně vyhovující a 1 sestra (7 %) jako nevhovující.

Graf 29 Stravování sester a racionální výživa



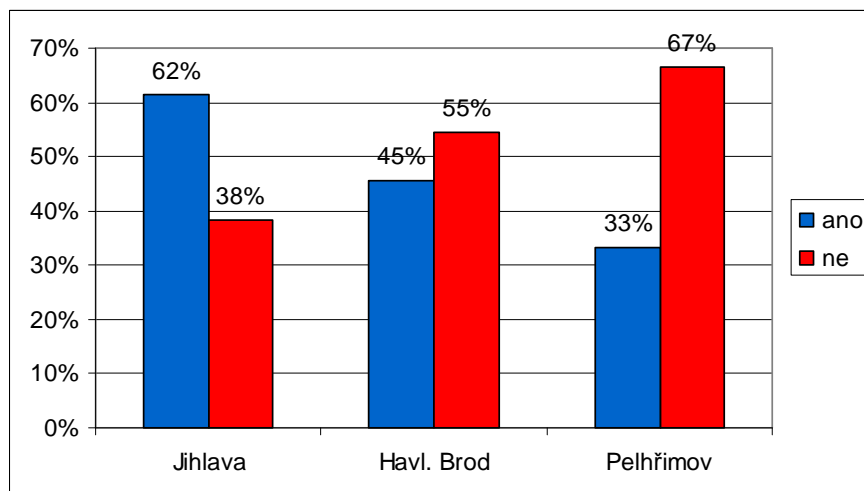
V Jihlavě 3 sestry (po 23 %) vnímají jejich stravování jako správné často nebo zřídka, 6 sester (46 %) někdy a 1 sestra (8 %) nikdy. V Havlíčkově Brodě si 4 sestry (18 %) myslí, že se kvalitně stravují často, 12 sester (55 %) někdy, 6 sester (27%) zřídka a žádná ze sester neuvědomuje, že vždy nebo často. V Pelhřimově hodnotí svůj způsob stravování jako výborný či naopak zcela nesprávný vždy 1 sestra (po 7 %), často či zřídka 2 sestry (po 13 %) a průměrně 9 sester (60 %).

Graf 30 Délka spánku



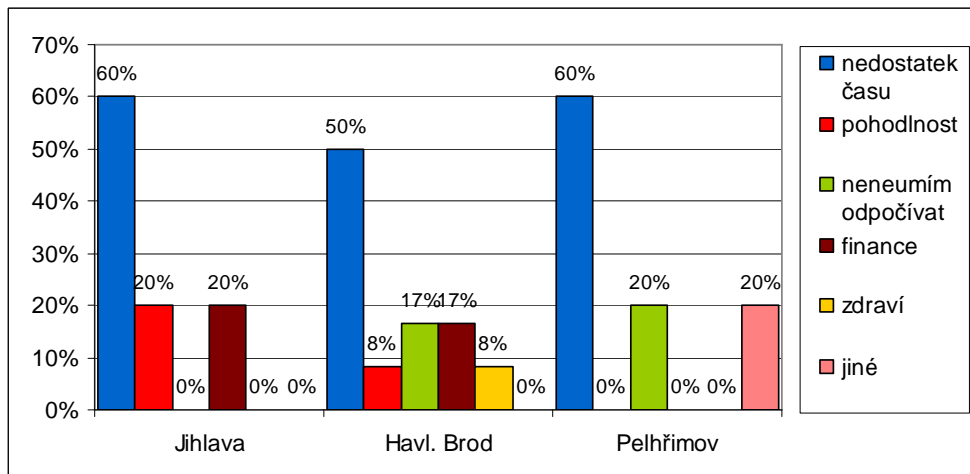
Z grafu je patrné, že více než 8 hodin denně spí 2 (15 %) z jihlavských respondentek, 5 – 8 hodin 11 sester (85 %). Z Havlíčkova Brodu věnují spánku více jak 8 hodin 3 sestry (14 %), 5 -8 hodin 19 sester (86 %), z Pelhřimova přes 8 hodin 2 sestry (13 %) a 5 – 8 hodin 13 sester (87 %). Žádná z celkově dotázaných nespí méně než 5 hodin denně.

Graf 31 Kompenzace intenzivní práce odpočinkem



Z grafu vyplývá, že z Jihlavy dokáže kompenzovat intenzivní práci odpočinkem 8 sester (62 %), naopak se toto nedaří 5 sestrám (38 %). Z Havlíčkova Brodu je schopno vyvážit vypětí v zaměstnání 10 sester (45 %), 12 sester (55 %) ne, v Pelhřimově 5 sester (33 %) ano a 10 sester (67 %) ne.

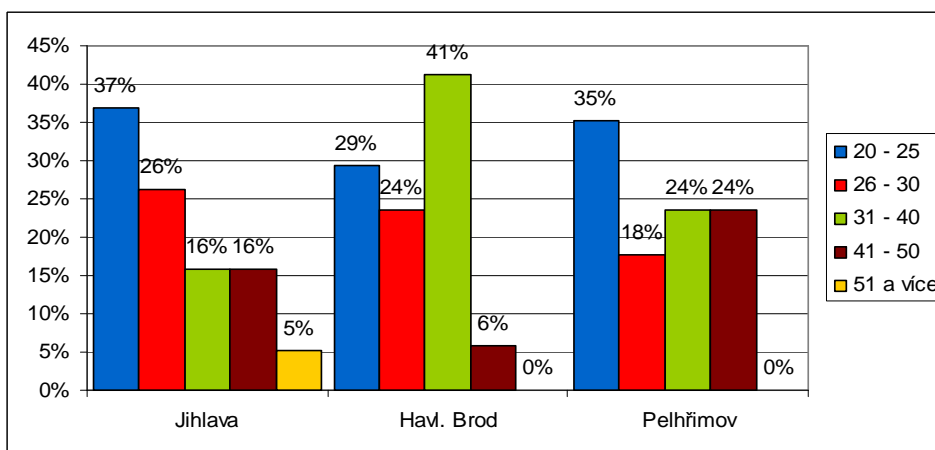
Graf 32 Důvod nedostatečné kompenzace práce odpočinkem



Graf rozvíjí odpovědi sester, kterým se nedaří kompenzovat práci odpočinkem (graf 31). 3 jihlavské sestry (60 %) uvádí jako důvod nedostatečné kompenzace nedostatek času k odpočinku, 1 sestra (20 %) pohodlnost, stejně tak 1 sestra finanční problémy a žádná z dotázaných nevedla, že by ji v odpočinku bránila neschopnost odpočívat, zdravotní potíže či jiná zátěž. V Havlíčkově Brodě 6 sestrám (50 %) v odpočinku brání nedostatek času, po 1 sestře (po 8 %) pohodlnost nebo zdravotní stav, 2 sestrám (po 17 %) shodně finanční zátěž nebo neschopnost odpočívat a žádná z nich nevedla jiné problémové faktory. Nedostatek relaxace je u 6 pelhřimovských sester (60 %) zapříčiněn nedostatkem času, 2 sestry (20 %) nedokáží odpočívat a žádná nezmínila jako překážku pohodlnost, finanční ani zdravotní potíže. 2 sestry (20 %) z Pelhřimova uvedly jiné problémy, a to směnný provoz a studium při zaměstnání.

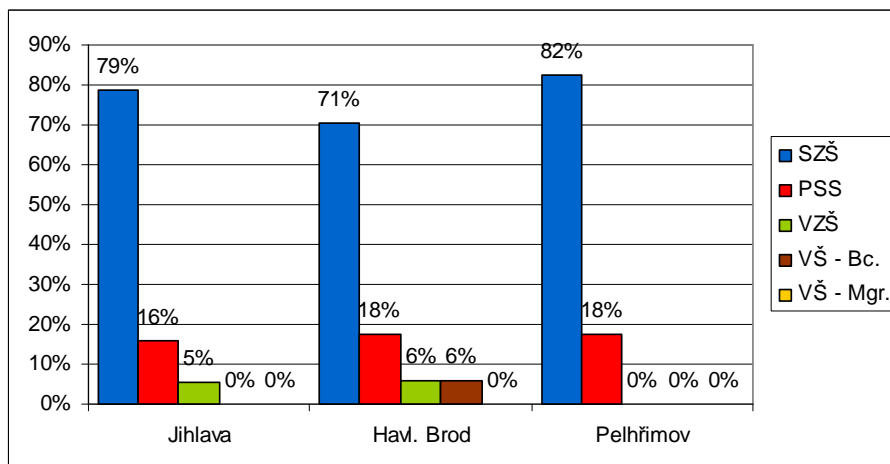
4.2 Interní oddělení

Graf 33 Věkové kategorie



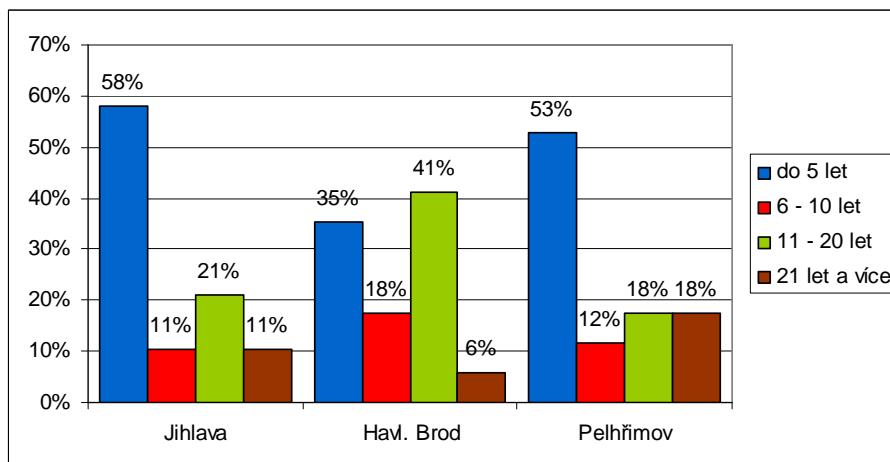
Ve věkovém rozmezí 20 – 25 let pracuje na interním oddělení v Jihlavě 7 sester (37 %), ve věku 26 – 30 let 5 sester (26 %), ve věku 31 – 40 let 3 sestry (16 %), taktéž 3 sestry (16 %) jsou ve věku mezi 41 a 50 lety a 1 dotázaná (5 %) přesáhla věk 50 let. V Havlíčkově Brodě na témže oddělení vykonává práci ve věku 20 – 25 let 5 sester (29 %), ve věku 26 – 30 let 4 sestry (24 %), 7 sester (41 %) ve věku 31 – 40 let, ve věku 41 – 50 1 sestra (6 %) a 50 let nebo více žádná. V pelhřimovské nemocnici pracuje na interním odd. ve věku 20 – 25 let 6 sester (35 %), ve věku 26 – 30 let 3 sestry (18 %), v dalších dvou kategoriích pracují v každé 4 sestry (po 24 %) a v poslední žádná.

Graf 34 Nejvyšší dosažené vzdělání



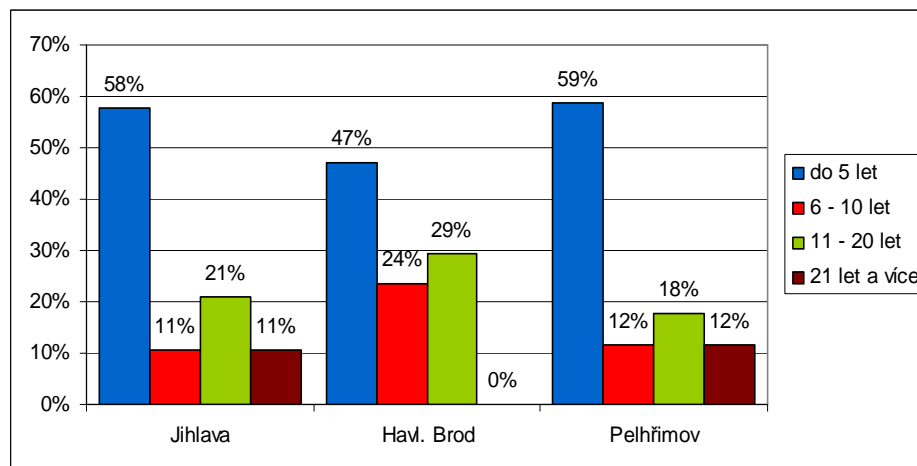
15 (79 %) dotázaných sester v Jihlavě dosáhlo vzdělání na SZŠ, na PSS 3 sestry (16 %), na VZŠ 1 sestra (5 %) a žádná nedosáhla vysokoškolského stupně vzdělání. V Havlíčkově Brodě absolvovalo 12 sester (71 %) SZŠ, 3 sestry (18 %) PSS, 1 sestra (6 %) VZŠ, rovněž 1 sestra dosáhla bakalářské titulu a magisterského žádná. V Pelhřimově vystudovalo SZŠ 14 sester (82 %), PSS 3 sestry (18 %) a VZŠ nebo vysokou školu žádná ze sester.

Graf 35 Doba působení ve zdravotnictví



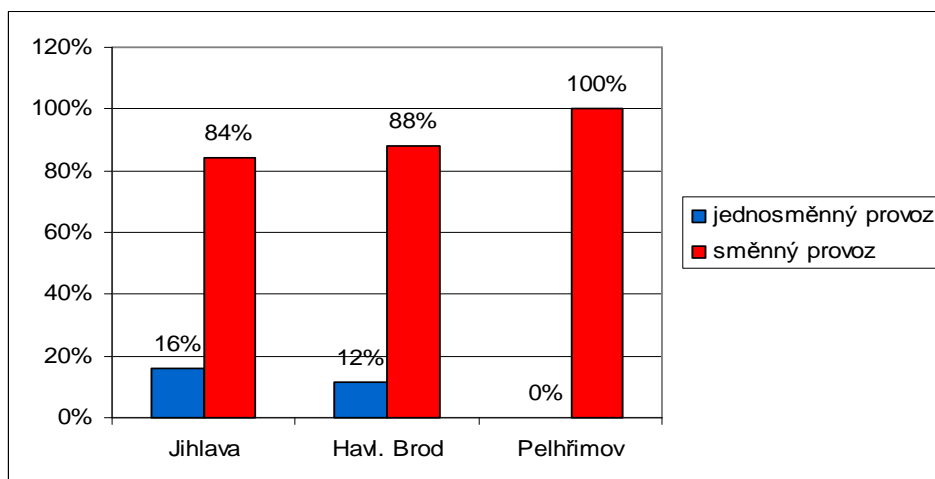
V Jihlavě vykonává své povolání méně než 5 let včetně 11 respondentek (58 %), od 6 do 10 let 2 respondentky (11 %), 11 až 20 let 4 dotázané (21 %) a 21 a více let 2 respondentky (11 %). V Havlíčkově Brodě nám výsledky ukázaly, že do 5 let pracuje ve zdravotnictví 6 sester (35 %), 6 až 10 let 3 sestry (18 %), od 11 do 20 let 7 sester (41 %) a 21 let a více 1 z dotázaných (6 %). V Pelhřimově 9 sester (53 %) pracuje ve zdravotnictví do 5 let, od 6 do 10 let 2 (12 %) z dotázaných, 11 až 20 let 3 sestry (18 %) a více než 21 let také 3 sestry (18 %).

Graf 36 Doba působení na interním oddělení



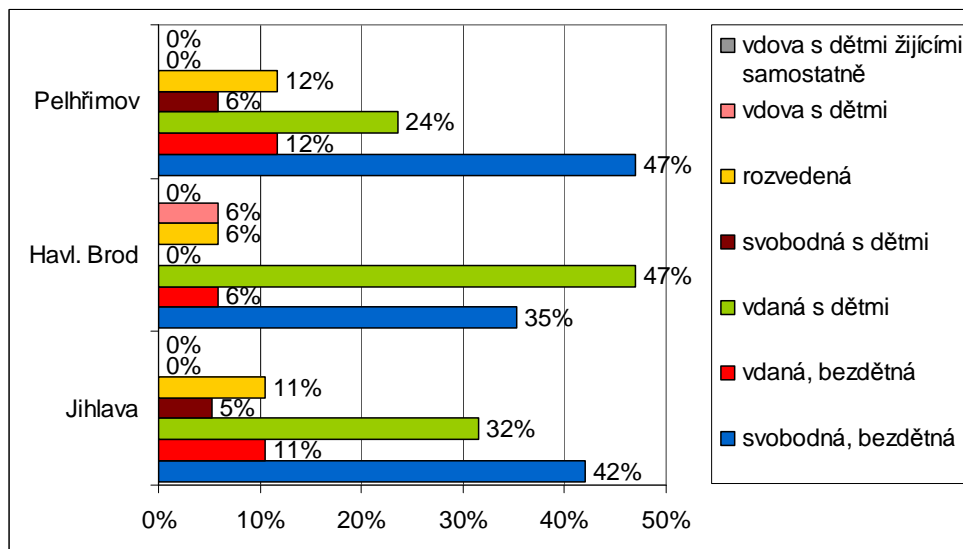
V Jihlavě působí na interním odd. 5 a méně let 11 sester (58 %), v rozpětí 6 – 10 let 2 sestry (11 %), 11 – 20 let tuto praxi vykonávají 4 sestry (21 %), 21 a více let 2 sestry (11 %). Z Havlíčkova Brodu pracuje v tomto oboru 8 dotázaných (47 %) 5 a méně let, 4 sestry (24 %) 6 – 10 let, 11 – 20 let 5 sester (29 %), déle zde nepůsobí žádná sestra. V Pelhřimově se věnuje této práci do 5 let 10 sester (59 %), v rozmezí 6 – 10 let 2 sestry (12 %), 11 – 20 let 3 (18 %) a 21 let a více 2 respondentky (12 %).

Graf 37 Směnný provoz



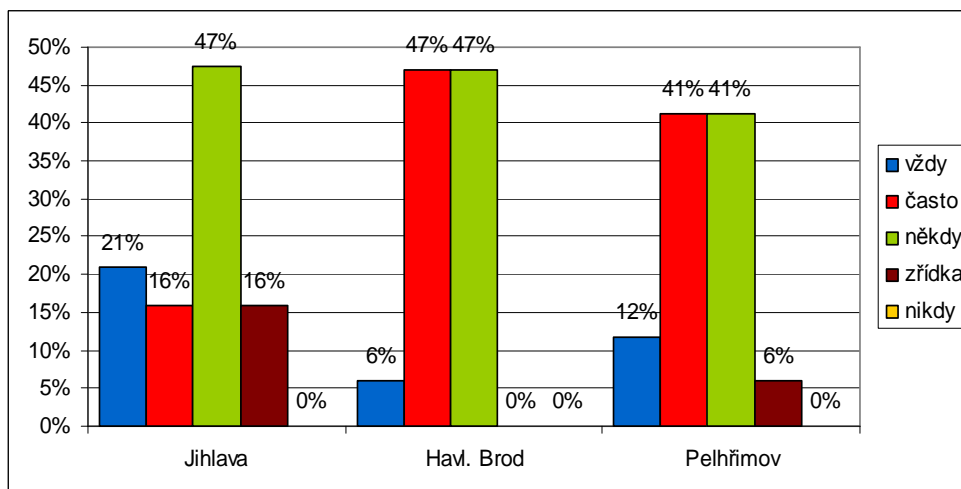
V jednosměnném provozu pracují v Jihlavě 3 sestry (16 %), ve vícesměnném 16 sester (84 %), v Havlíčkově Brodě pracují na jednu směnu 2 respondentky (12 %), na více směn pak 15 sester (88 %). V Pelhřimově pracují všechny dotázané (17 sester) ve směnném provozu.

Graf 38 Rodinný stav



Svobodných a zároveň bezdětných respondentek pracuje v Jihlavě 8 (42 %), vdaných bez dítěte 2 (11 %), vdaných s dětmi 6 (32 %), svobodná s dětmi 1 (5 %) a rozvedených 2 (11 %), v Havlíčkově Brodě je dotazovaných svobodných sester bez potomka 6 (35 %), 1 vdaná bezdětná sestra (6 %), 8 vdaných s dětmi (47 %), rozvedená 1 a vdova s dětmi 1 sestra (6 %). Z pelhřimovských sester je neprovdaných a bezdětných 8 sester (47 %), vdaných bez dětí 2 sestry (12 %), vdaných s dětmi 4 (24 %), svobodná matka 1 (6 %) a rozvedené 2 (12 %).

Graf 39 Rozpoznání rizikových faktorů



Z grafu je patrné, že 4 jihlavské sestry (21 %) dokáží rozpoznat faktor zapříčiňující psychickou zátěž vždy, 3 sestry (16 %) často, 9 sester (47 %) někdy, 3 sestry (16 %) zřídka a žádná ze sester nezodpověděla tuto otázku zcela záporně. V Havlíčkově Brodě dokáže onen rizikový faktor rozpoznat vždy 1 sestra (6 %), často 8 sester (47 %), někdy také 8 sester (47 %), zřídka a nikdy v každém z případů žádná sestra. Z Pelhřimova jsou 2 sestry (12 %) schopny odhalit příčinu vždy, často a někdy po 7 sestrách (po 41 %), 1 sestra zřídka (6 %) a zcela záporně neodpověděla žádná.

Tabulka 6a Reakce na zátěž - Jihlava

Reakce	Četnost									
	Vždy		často		někdy		zřídka		Nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Pláč	1	5	1	5	2	11	4	21	11	58
Hněv	2	11	3	16	6	32	7	37	1	5
Podrážděnost	3	16	4	21	8	42	3	16	1	5
Strach	0	0	2	11	7	37	5	26	5	26
Zmatečnost	0	0	3	16	4	21	6	32	6	32
Křik	1	5	0	0	6	32	4	21	8	42
Nadávání	1	5	3	16	7	37	6	32	2	11
Potřeba „třísknout dveřmi“	0	0	2	11	5	26	3	16	9	47
Přemýšlení o stresu	3	16	4	21	9	47	2	11	1	5
Apatie, pasivita	0	0	2	11	4	21	4	21	9	47

Respondentky z Jihlavy nejčastěji reagují na pracovní zátěž: pláčem zřídka 4 sestry (21 %) a někdy 2 (11 %), hněvem zřídka 7 respondentek (37 %) a někdy 6 (32 %), strachem někdy 7 (37 %), zmatečností někdy 4 dotázané (21 %), křikem někdy 6 (32 %), nadáváním někdy 7 (37 %), potřebou něco udělat někdy 5 (26 %), přemýšlením o stresu někdy 9 (47 %), apatií 4 (21 %).

Tabulka 6b Reakce na zátěž – Havlíčkův Brod

Reakce	Četnost									
	Vždy		Často		někdy		Zřídka		nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Pláč	0	0	0	0	2	12	3	18	12	71
Hněv	0	0	0	0	7	41	5	29	5	29
Podrážděnost	0	0	4	24	3	18	8	47	2	12
Strach	0	0	0	0	5	29	7	41	5	29
Zmatkování	0	0	0	0	5	29	6	35	6	35
Křik	0	0	0	0	1	6	5	28	12	67
Nadávání	0	0	1	6	7	41	6	35	3	18
Potřeba „třísknout dveřmi“	0	0	2	12	4	24	5	29	6	35
Přemýšlení o stresu	1	6	7	41	4	24	4	24	1	6
Apatie, pasivita	1	6	0	0	0	0	5	29	11	65

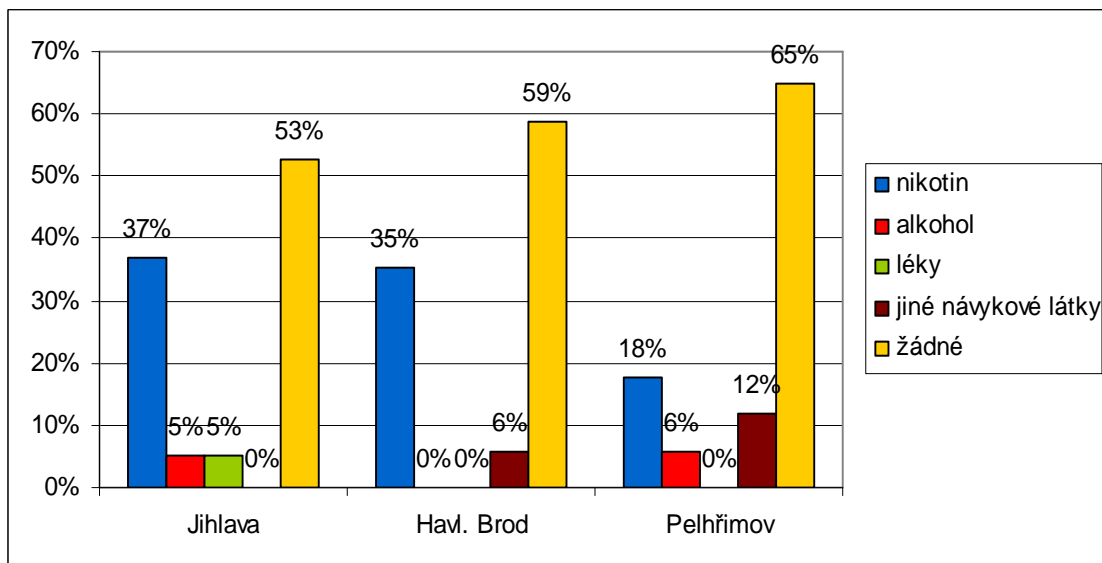
Sestry z Havlíčkova Brodu nejčastěji reagují na pracovní zátěž: pláčem nikdy 12 respondentek (71 %), hněvem někdy 7 (41 %), podrážděností zřídka 8 dotázaných (47 %) a často 4 (24 %), strachem a zmatkováním někdy po 5 (po 29 %) a zmatkováním zřídka 6 (35 %), křikem nikdy 12 sester (67 %) a zřídka 5 (28 %), nadáváním někdy 7 (41 %), potřebou něco udělat zřídka 5 dotázaných (29 %), přemýšlením o stresu 7 (41 %), apatií zřídka 5 (29 %).

Tabulka 6c Reakce na zátěž - Pelhřimov

Reakce	Četnost									
	Vždy		často		někdy		zřídka		nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Pláč	0	0	0	0	0	0	9	53	8	47
Hněv	0	0	2	12	7	41	5	29	3	18
Podrážděnost	0	0	6	35	8	47	2	12	1	6
Strach	0	0	2	12	2	12	9	53	4	24
Zmatečnost	0	0	0	0	3	18	6	35	8	47
Křik	0	0	1	6	3	18	6	35	7	41
Nadávání	1	6	4	24	5	29	3	18	4	24
Potřeba „třísknout dveřmi“	1	6	1	6	4	24	3	18	8	47
Přemýšlení o stresu	1	6	4	24	4	24	4	24	4	24
Apatie, pasivita	0	0	0	0	0	0	3	18	14	82

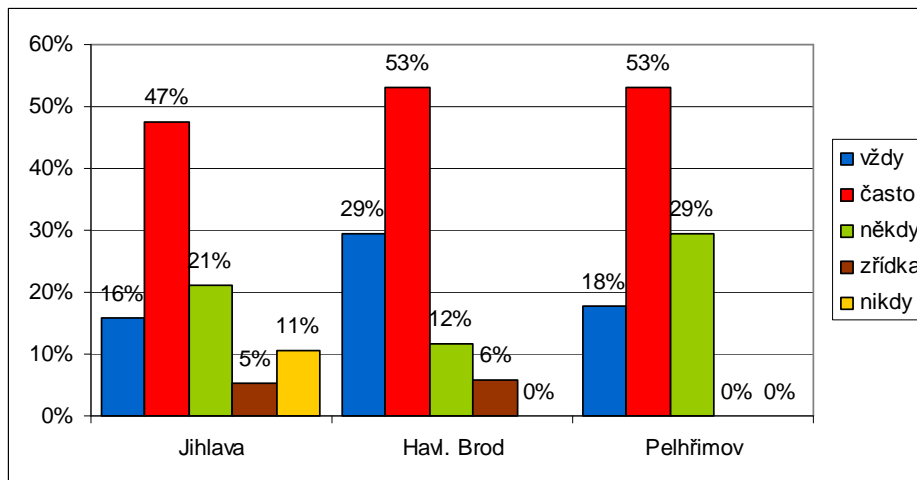
Respondentky z Pelhřimova nejčastěji reagují na zátěž: pláčem zřídka 9 (53 %), hněvem někdy 7 (41 %), podrážděností někdy 8 respondentek (47 %) a často 6 (35 %), strachem zřídka 9 (53 %), zmatkováním zřídka 6 (35 %) a někdy 3 (18 %), křikem též někdy 3 (18 %), nadává někdy 5 dotázaných (29 %), často 4 (24 %), potřebou něco udělat někdy 4 (24 %), přemýšlením o stresu často 4 (24 %), apatií nikdy nereaguje 14 (82 %) sester.

Graf 40 Používání návykových látek



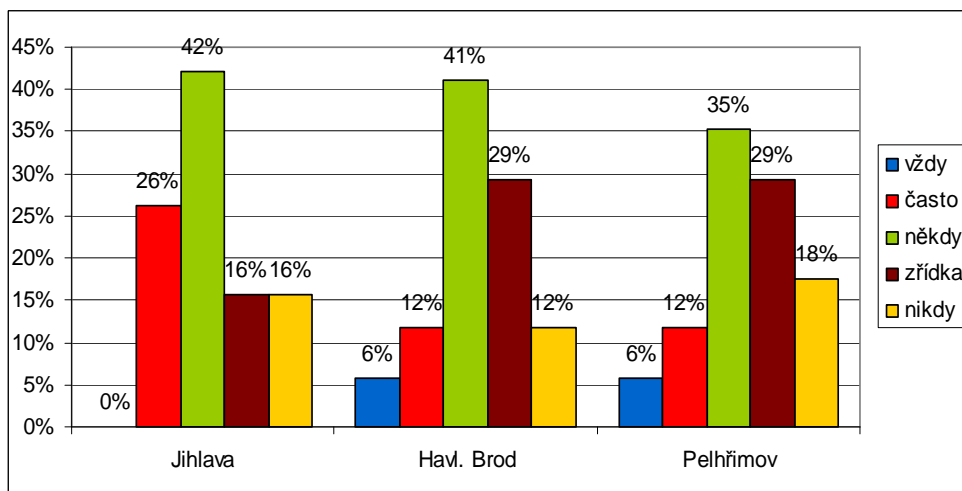
V Jihlavě se stres snaží zmírnit kouřením 7 sester (37 %), požíváním alkoholu a braním léků po 1 sestře (po 5 %), jiné návykové látky neužívá žádná ze sester a 10 respondentek v tomto ohledu neužívá návykové látky vůbec. V Havlíčkově Brodě kouří pro potlačení stresu 6 sester (35 %), žádná nepije alkohol ani neužívá léky, 1 sestra užívá jiné návykové látky a 10 sester se užívání jakýchkoli návykových látek straní. V Pelhřimově za výše zmíněným účelem kouří 3 sestry (18 %), alkohol požívá 1 sestra (6 %), léky žádná ze sester, jiné návykové látky 2 sestry (12 %) a 11 sester (65 %) nepoužívá žádné návykové látky.

Graf 41 Racionální zhodnocení situace



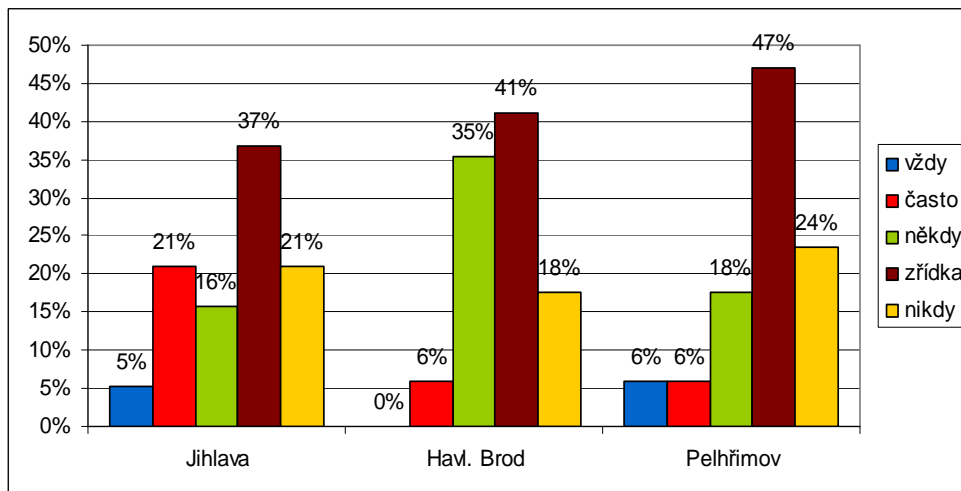
3 (16 %) ze sester dotázaných v Jihlavě je schopno racionálního zhodnocení situace vždy, často pak 9 sester (47 %), někdy 4 sestry (21 %), zřídka 1 sestra (5 %) a nikdy 2 ze sester (11 %). V Havlíčkově Brodě 5 sester (29 %) vždy racionálně hodnotí situaci, 9 sester (53 %) často, 2 sestry (12 %) někdy, 1 sestra (6 %) zřídka a žádná ze sester nevedla možnost nikdy. Z průzkumu v Pelhřimově vyplývá, že 3 dotázané (18 %) zvládají racionálně hodnotit situaci vždy, 9 sester (53 %) často, 5 sester (29 %) někdy, zřídka a nikdy žádná ze sester.

Graf 42 Četnost žádostí o pomoc



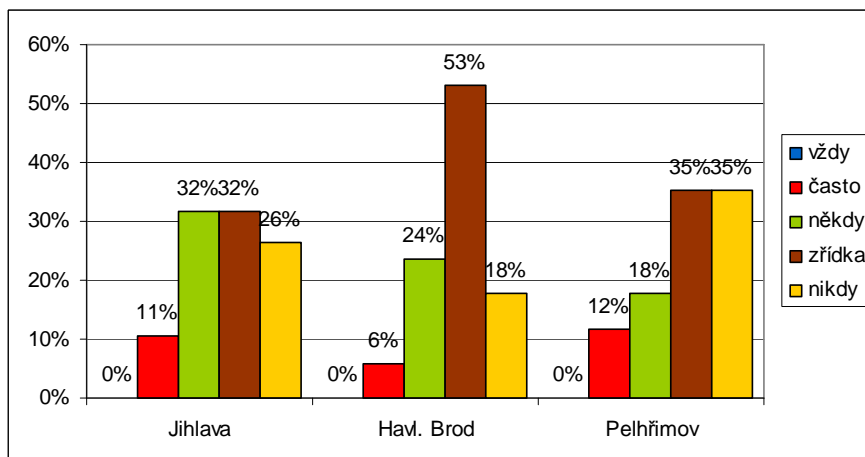
Žádná z dotázaných sester z Jihlavy nehledá pomoc u svého okolí vždy, 5 sester (26 %) často, 8 sester (42 %) někdy a 3 dotázané (po 16 %) shodně buď zřídka, nebo nikdy. Z Havlíčkova Brodu se na své okolí obrací s žádostí o pomoc 1 sestra (6 %) vždy, často 2 sestry (12 %), někdy 7 sester (41 %), zřídka 5 sester (29 %) a nikdy 2 sestry (12 %). V Pelhřimově možnost „vždy“ uvedla 1 ze sester (6 %), „často“ 2 sestry (12 %), „někdy“ 6 sester (35 %), „zřídka“ 5 sester (29 %) a „nikdy“ 3 sestry (18 %).

Graf 43 Vyhýbání se situacím vyvolávajícím zdání neobornosti



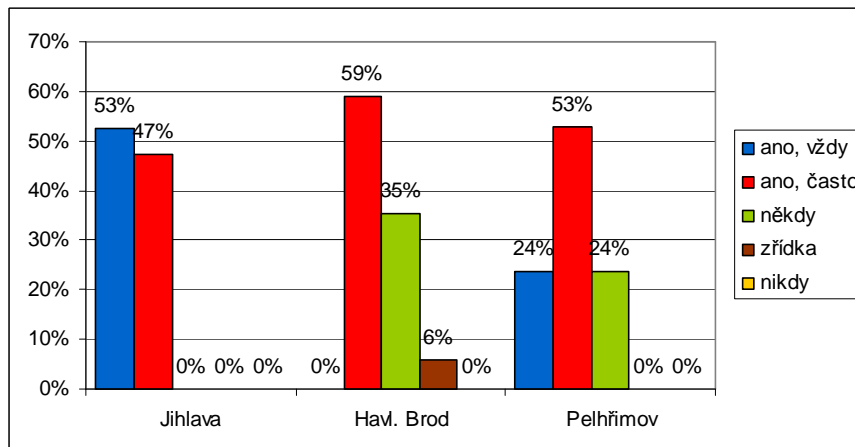
Vyhnut se situacím, které mohou vyvolat pochybnosti o odbornosti, se vždy snaží v Jihlavě 1 sestra (5 %), často 4 sestry (21 %), někdy 3 sestry (16 %), zřídka 7 sester (37 %) a nikdy odpověděly 4 sestry (21 %). V Havlíčkově Brodě se těmto situacím nevyhýbají vždy žádné sestry, často 1 sestra (6 %), někdy 6 sester (35 %), zřídka 7 sester (41 %) a nikdy 3 (18 %) z dotazovaných. V Pelhřimově na otázku, zda se snaží vyvarovat odhalení neobornosti, odpověděla 1 sestra (po 7 %), že vždy nebo často, 3 sestry někdy (33 %), 8 sester zřídka (47 %) a nikdy 4 sestry (24 %).

Graf 44 Tendence oddalovat řešení problémů



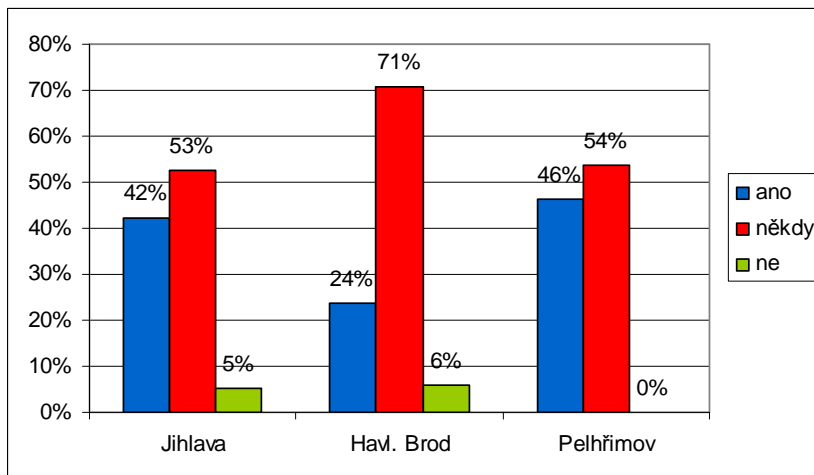
Z grafu lze vyčíst, že tendenci oddalovat řešení problémů nemá žádná sestra z Jihlavy vždy, často 2 sestry (11 %), někdy a zřídka po 6 (po 32 %) z dotázaných a 5 sester (26 %) nemá tendenci oddalovat problémy nikdy, v Havlíčkově Brodě vždy žádná ze sester, často 1 sestra (6 %), někdy 4 sestry (24 %), zřídka 9 sester (53 %) a nikdy 3 sestry (18 %). Žádná z pelhřimovských sester nezvolila možnost vždy, 2 sestry (12 %) uvedly, že často, 3 sestry (18 %) někdy, 6 sester (35 %) zřídka a také 6 sester (35 %) nikdy.

Graf 45 Schopnost vypořádat se se zátěžovými situacemi



10 (53 %) jihlavských sester si myslí, že si se zátěžovými situacemi poradí vždy, 9 sester (47 %) často a žádná ze sester neuvedla možnost někdy, zřídka nebo nikdy. V Havlíčkově Brodě nedokáží překonat náročné situace žádná sestra vždy, 10 sester (59 %) často, 6 sester (35 %) někdy, 1 sestra (6 %) zřídka a žádná sestra neuvedla, že by si v těchto případech nevěděla rady nikdy. Z Pelhřimova 4 sestry (24 %) vypověděly, že nepříznivé situace dovedou přestat vždy, 9 sester (53 %) často, 4 sestry (24 %) někdy a žádná ze sester neuvedla možnosti zřídka nebo nikdy.

Graf 46 Schopnost analyzovat příčiny nezvládnání zátěže



8 sester (42 %) z Jihlavy, které se nedokáží vypořádat se zátěží, umí příčiny neúspěchu rozebrat, 10 sester (53 %) někdy a nikdy 1 sestra (5 %). V Havlíčkově Brodě si s analýzou nezvládnání duševního náporu poradí 4 sestry (24 %), naopak 1 sestra (6 %) ne a 12 (71 %) někdy. 6 pelhřimovských sester (46 %) dokáže rozebrat příčiny nezvládnání zátěže, (54 %) někdy a žádná z dotázaných nevedla, že ne.

Tabulka 7a Příznaky při pracovním vypětí – Jihlava

Příznaky	Četnost							
	Často		někdy		Zřídka		Nikdy	
	Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Bolesti hlavy, migrény	3	16	6	32	6	32	4	21
Trávicí potíže	3	16	3	16	6	32	7	37
Bolesti v oblasti páteře	5	26	6	32	0	0	8	42
Podrážděnost, úzkost	5	26	5	26	7	37	2	11
Prudké změny nálad	4	21	5	26	5	26	5	26
Nadměrná únava	5	26	5	26	4	21	5	26
Obtížná koncentrace	1	5	7	37	4	21	7	37
Poruchy spánku	2	11	2	11	7	37	8	42
Zhoršení v práci	0	0	9	47	3	16	7	37

Jako příznak pracovního vypětí se u 6 jihlavských sester (po 32 %) někdy a zřídka objevují bolesti hlavy, potíže s trávením mají často 3 sestry (16 %), zřídka 6 sester (32 %). Bolestmi zad trpí často 5 respondentek (26 %), někdy 6 (32 %), podrážděné bývají často a někdy po 5 sestrách (po 26 %), zřídka 7 tázaných (37 %). Prudké změny nálady pociťují často 4 sestry (21 %) a někdy 5 sester (26 %), nadměrná únava se vyskytuje často u 5 tázaných (26 %), obtížně se někdy soustředí 7 sester (37 %), poruchy spánku sužují často 2 sestry (11 %), zřídka 7 (37 %). Zhoršení v práci zaznamenává někdy 9 sester (47 %).

Tabulka 7b Příznaky při pracovním vypětí – Havl. Brod

Příznaky	Četnost							
	často		někdy		Zřídka		Nikdy	
	Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Bolesti hlavy, migrény	5	29	6	35	3	18	3	18
Trávicí potíže	0	0	4	24	4	24	9	53
Bolesti v oblasti páteře	6	35	3	18	3	18	5	29
Podrážděnost, úzkost	0	0	5	29	4	24	8	47
Prudké změny nálad	0	0	1	6	6	35	10	59
Nadměrná únava	5	29	5	29	7	41	0	0
Obtížná koncentrace	0	0	7	41	3	18	7	41
Poruchy spánku	0	0	5	29	4	24	8	47
Zhoršení v práci	0	0	3	18	11	65	3	18

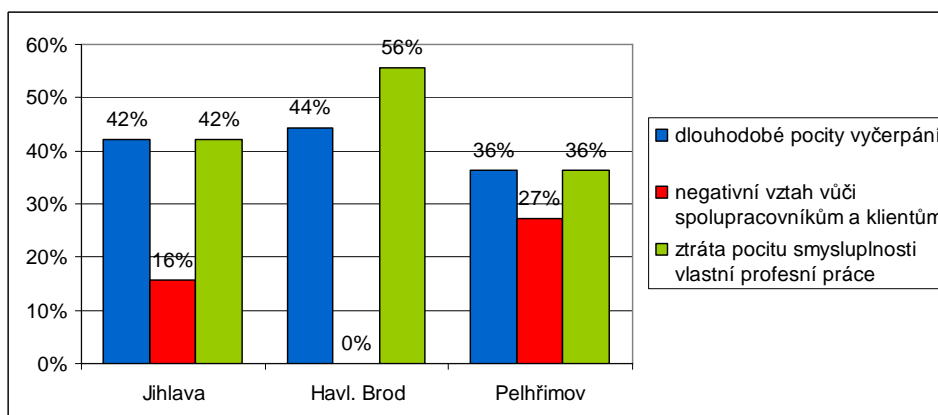
6 sester (35 %) z Havlíčkova Brodu trpí někdy při pracovním vypětí bolestmi hlavy, taktéž někdy 4 (24 %) trávicími potížemi, bolestmi zad často 6 tázaných (35 %), úzkostí někdy 5 sester (29 %), nadměrnou únavou často a někdy po 5 sestřích (po 29 %), obtížnou soustředěností někdy 7 sester (41 %), poruchami spánku někdy 5 respondentek (29 %) a zhoršením v práci někdy 3 (18 %) a zřídka 11 sester (65 %).

Tabulka 7c Příznaky při pracovním vypětí – Pelhřimov

Příznaky	Četnost							
	často		někdy		Zřídka		nikdy	
	Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Bolesti hlavy, migrény	2	12	5	29	5	29	5	29
Trávicí potíže	1	6	2	12	5	29	9	53
Bolesti v oblasti páteře	3	18	6	35	1	6	7	41
Podrážděnost, úzkost	2	12	6	35	6	35	3	18
Prudké změny nálad	3	18	4	24	5	29	5	29
Nadměrná únava	5	29	9	53	0	0	3	18
Obtížná koncentrace	0	0	5	29	9	53	3	18
Poruchy spánku	3	18	3	18	2	12	9	53
Zhoršení v práci	0	0	3	18	6	35	8	47

V Pelhřimově pociťuje jako známku pracovního vypětí někdy bolesti hlavy 5 sester (29 %), trávicí potíže zřídka taktéž 5 sester (29 %), bolesti v oblasti páteře a podrážděnost někdy shodně po 6 sestřích (po 35 %), prudké změny nálad někdy 4 respondentky (24 %), nadměrnou únavu často 5 (29 %) a někdy 9 sester (53 %), obtížnou koncentrací trpí někdy 5 tázaných (29 %), poruchami spánku často 3 sestry (18 %) a v práci se někdy zhoršují 3 sestry (18 %) a zřídka 6 (35 %).

Graf 47 Pocity spojené s výkonem práce



Z grafu vyplývá, že dlouhodobé pocity vyčerpání a pocit ztráty smysluplnosti práce má shodně 8 sester (po 42 %), 3 sestry (16 %) se ve vypjatých situacích negativně projevují vůči svým spolupracovníkům a klientům. V Havlíčkově Brodě je to v prvním případě 8 sester (44 %), ve druhém žádná sestra a v posledním 10 sester (56 %). Ve spojení s prací 8 pelhřimovských sester (36 %) pociťuje dlouhodobé vyčerpání, negativní vztahy k okolí 6 sester (27 %) a ztrátu smysluplnosti vlastní práce pociťuje 8 sester (36 %).

Tabulka 8a Způsob odreagování ve volném čase - Jihlava

Způsob odreagování	Četnost							
	Alespoň 1krát za týden		alespoň 1krát za měsíc		Nepravidelně		Nikdy	
	počet	%	počet	%	Počet	%	počet	%
Četba	12	63	4	21	3	16	0	0
Zpěv	7	37	1	5	2	11	9	47
Hra na hudební nástroj	1	5	1	5	3	16	14	74
Poslech hudby	13	68	1	5	4	21	1	5
Kino, divadlo	1	5	7	37	6	32	5	26
Sport - aktivně	9	47	0	0	7	37	3	16
Práce na zahradě	2	11	3	16	4	21	10	53
Fyzická práce	5	26	7	37	1	5	6	32
Spánek	13	68	1	5	4	21	1	5
Setkání s přáteli	10	53	6	32	1	5	2	11
Meditace	3	16	1	5	1	5	14	74
Jiný koníček	4	21	3	16	1	5	11	58

Jako způsob odreagování využívá v Jihlavě četbu 1krát týdně 12 sester (63 %), 1krát týdně zpěv 7 sester (37 %), na hudební nástroj nikdy nehraje 14 sester (74 %), alespoň 1krát týdně poslouchá hudbu 13 tázaných (68 %), kino navštěvuje minimálně 1krát za měsíc 7 sester (37 %), aktivně sportuje 1krát týdně 9 respondentek (47 %), na zahradě pracují alespoň 1krát měsíčně 3 sestry (16 %), fyzickou práci využívá 1krát týdně 5 sester (26 %), 1krát měsíčně 7 (37 %), spánek min. 1krát týdně 13 sester (68 %), alespoň 1krát týdně setkání s přáteli 10 tázaných (53 %), meditaci 1krát týdně 3 sestry (16 %) a nikdy 14 (74 %) a jiný koníček minimálně 1krát týdně 4 respondentky (21 %).

Tabulka 8b Způsob odreakování ve volném čase – Havlíčkův Brod

Způsob odreakování	Četnost							
	Alespoň 1krát za týden		alespoň 1krát za měsíc		Nepravidelně		Nikdy	
	počet	%	počet	%	Počet	%	počet	%
Četba	7	41	1	6	7	41	2	12
Zpěv	4	24	0	0	3	18	10	59
Hra na hudební nástroj	2	12	1	6	4	24	10	59
Poslech hudby	13	76	1	6	3	18	0	0
Kino, divadlo	0	0	4	24	8	47	5	29
Sport - aktivně	4	24	1	6	9	53	3	18
Práce na zahradě	1	6	3	18	6	35	7	41
Fyzická práce	7	41	2	12	4	24	4	24
Spánek	11	65	1	6	4	24	1	6
Setkání s přáteli	8	47	5	29	4	24	0	0
Meditace	2	12	0	0	1	6	14	82
Jiný koníček	8	47	1	6	2	12	6	35

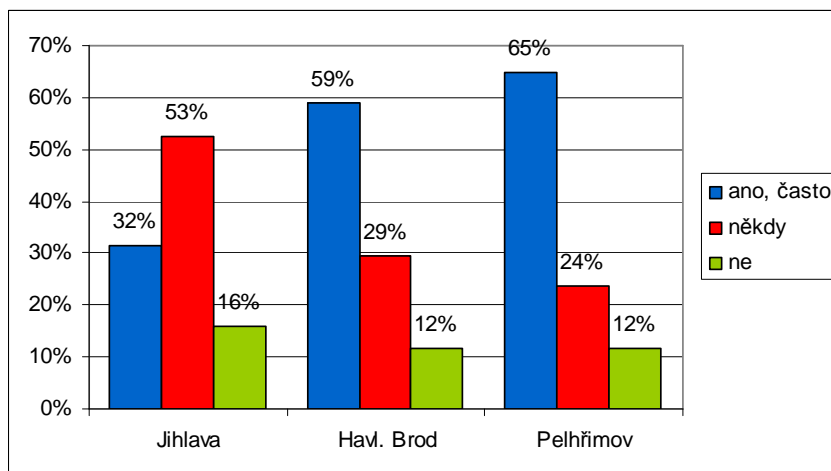
V Havlíčkově Brodě se minimálně 1krát týdně odreakuje četbou 7 sester (41 %), taktéž 1krát týdně zpěvem 4 sestry (24 %), hrou na hudební nástroj nikdy 10 tázaných (59 %), poslechem hudby alespoň 1krát za týden 13 sester (76 %), aktivním sportem 1krát týdně 4 (24 %), fyzickou prací min. 1krát týdně 7 sester (41 %), spánkem 1krát týdně 11 (65 %), setkáním s přáteli 1krát týdně 8 sester (47 %), meditací nikdy 14 sester (82 %) a jiným koníčkem 8 tázaných (47 %).

Tabulka 8c Způsob odreagování ve volném čase – Pelhřimov

Způsob odreagování	Četnost							
	Alespoň 1krát za týden		alespoň 1krát za měsíc		Nepravidelně		Nikdy	
	počet	%	počet	%	Počet	%	počet	%
Četba	6	35	3	18	4	24	4	24
Zpěv	4	24	1	6	4	24	8	47
Hra na hudební nástroj	0	0	0	0	2	12	15	88
Poslech hudby	13	76	1	6	1	6	2	12
Kino, divadlo	0	0	9	53	6	35	2	12
Sport - aktivně	7	41	2	12	3	18	5	29
Práce na zahradě	5	29	1	6	7	41	4	24
Fyzická práce	6	35	4	24	4	24	3	18
Spánek	9	53	2	12	4	24	2	12
Setkání s přáteli	12	71	3	18	1	6	1	6
Meditace	1	6	0	0	6	35	10	59
Jiný koníček	4	24	3	18	1	6	9	53

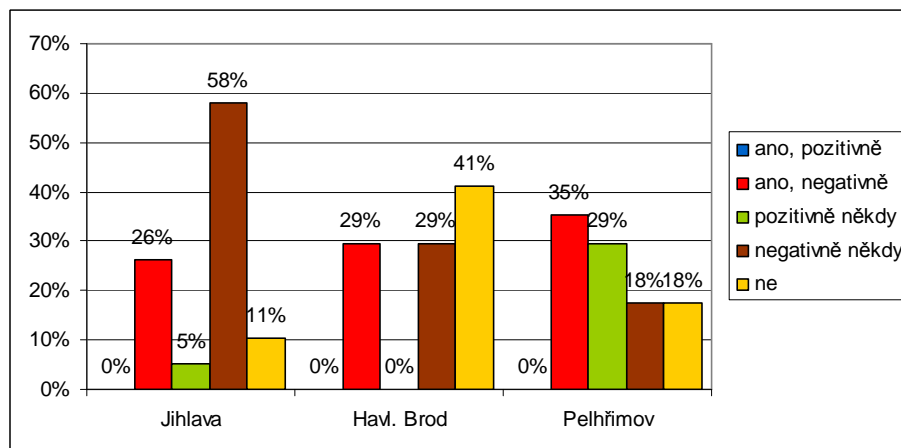
Alespoň 1krát týdně se v Pelhřimově uvolňuje četbou 6 sester (35 %), zpěvem 4 (24 %), poslechem hudby 13 sester (76 %), aktivním sportem 7 sester (41 %), prací na zahradě 5 (29 %), fyzickou prací 6 (35 %), spánkem 9 sester (53 %), setkáním s přáteli 12 respondentek (71 %) a jiným koníčkem 4 sestry (24 %). Minimálně 1krát měsíčně jde 9 sester (53 %) do kina nebo divadla a 6 sester (35 %) nepravidelně medituje.

Graf 48 Ovlivnění kvality ošetrovatelské péče



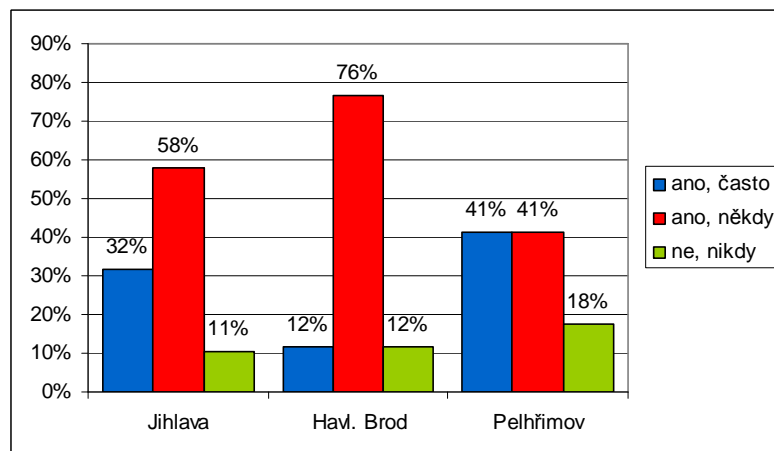
Graf dokazuje, že 6 jihlavských sester (32 %) si myslí, že psychická zátěž na jejich pracovišti se dotýká kvality ošetrovatelské péče často, 3 sestry (16 %), že ne a 10 sester (53 %) odpovědělo, že někdy. V Havlíčkově Brodě se 10 sester (50 %) domnívá, že duševní vyčerpání u sester je spojeno s kvalitou péče o pacienta často, 5 sester (29 %) někdy a 2 sestry (12 %) jsou opačného názoru. V Pelhřimově zvolilo 11 dotázaných (65 %) možnost často, 4 (24 %) někdy a 2 (12 %) ne.

Graf 49 Ovlivnění vztahu k pacientovi



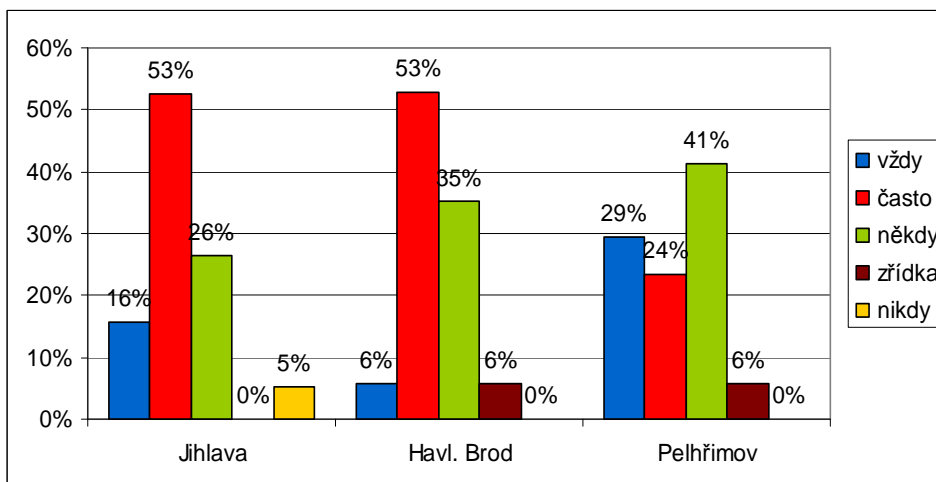
Vztah k pacientovi žádné sestry z Jihlavy neovlivňuje psychická zátěž pozitivně, 5 sester (26 %) negativně, 1 sestru (5 %) pozitivně někdy, 11 sester (58 %) negativně někdy a 2 sestry (11 %) neovlivňuje psychické vypětí v tomto případě vůbec. Duševní zátěž neovlivňuje z havlíčkobrodských sester pozitivně nebo někdy pozitivně žádnou dotázanou, negativně a někdy negativně po 5 sestrách (29 %), a vůbec 7 dotázaných (41 %). V Pelhřimově nepůsobí zátěž na vztah k pacientovi kladně na žádnou sestru, negativně na 6 sester (35 %), pozitivně někdy na 5 sester (29 %) a někdy záporně nebo vůbec vždy na 3 sestry (po 18 %).

Graf 50 Negativní vliv zátěže na komunikaci s pacienty



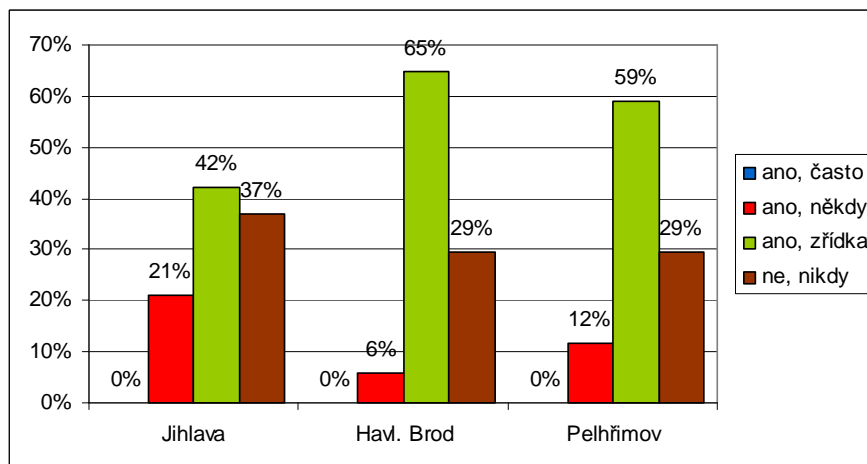
Z výsledků lze vyčíst, že 6 (32 %) ze sester v Jihlavě se setkává s tím, že psychická zátěž má negativní vliv na komunikaci s pacienty často, 11 sester (58 %) se s tímto setkává někdy a 2 sestry (11 %) nikdy, v Havlíčkově Brodě 2 sestry (12 %) často, 13 sester (76 %) někdy, 2 sestry (12 %) nikdy. V Pelhřimově 7 sester (41 %) často, taktéž 7 sester (41 %) někdy a 3 sestry (18 %) se s vlivem psychické zátěže na komunikaci s pacienty nikdy nesetkalo.

Graf 51 Koordinace k oboustranné spokojenosti pacienta a sestry



Graf ukazuje, že 3 respondentkám z Jihlavy (16 %) se daří skloubit pracovní vytížení s péčí o pacienty vždy, 10 sestrám (53 %) často, někdy 5 sestrám (26 %), mírný neúspěch v této situaci nevedla žádná a úplný pouze 1 ze sester (5 %). V Havlíčkově Brodě zkoordinuje výše zmíněné dva faktory 1 sestra (6 %) vždy, 9 sester (53 %) často, někdy 6 sester (35 %), zřídka 1 (6 %) a nikdy žádná ze sester. V Pelhřimově péči o pacienty s prací dokáže sladit 5 sester (29 %) vždy, 4 sestry (24 %) často, někdy 7 sester (41 %), zřídka 1 (6 %) a žádná z respondentek nepřiznává, že se jí tento problém řešit nedaří vůbec.

Graf 52 Chybování



Žádná z jihlavských respondentek nevedla, že by často chybovala v důsledku psychické zátěže, 4 respondentky (21 %) uvedly, že chybují někdy, 8 (42 %) zřídka a 7 sestrám se to nestalo nikdy. V Havlíčkově Brodě často nechybují žádná z dotazovaných, někdy 1 sestra (6 %), zřídka 11 sester (65 %) a nikdy chybu neudělalo 5 respondentek (29 %). Výsledky pro Pelhřimov ukazují, že žádná z tázaných nechybují často, 2 sestry (12 %) někdy, 10 sester (59 %) zřídka a v důsledku psychické zátěže chyby nedělá 5 (29 %) z dotázaných nikdy.

Tabulka 9a Hodnocení pracovního prostředí - Jihlava

Hledisko	Hodnocení					
	Výborné		vyhovující		Špatné	
	počet	%	počet	%	počet	%
Zázemí	1	5	6	32	12	63
Technické vybavení	1	5	13	68	5	26
Stravování	7	37	10	53	2	11
Hluk	2	11	13	68	4	21
Teplota	2	11	11	58	6	32

Osobní prostředí, zázemí hodnotí v Jihlavě 1 sestra (5 %) jako výborné, 6 (32 %) jako vyhovující a 12 (63 %) označilo variantu špatné. Z hlediska technického vybavení označila 1 sestra (5 %) možnost výborné, 13 sester (68 %) vyhovující a 5 (26 %) variantu špatné. Z hlediska možnosti stravování hodnotí své pracoviště 7 sester (37 %) jako výborné, 10 (53 %) jako vyhovující a 2 respondentky (11 %) zaškrtnuly variantu špatné. Co se týče hluku – 2 sestry (11 %) uvedly možnost výborné, 13 (68 %) vyhovující a 4 (21 %) špatné a co se týče teploty 2 respondentky (11 %) označily možnost výborné, 11 (58 %) variantu vyhovující a 6 (32 %) poslední z výběru.

Tabulka 9b Hodnocení pracovního prostředí – Havlíčkův Brod

Hledisko	Hodnocení					
	výborné		vyhovující		Špatné	
	počet	%	počet	%	počet	%
Zázemí	3	18	5	29	9	53
Technické vybavení	0	0	9	53	8	47
Stravování	2	12	14	82	1	6
Hluk	2	12	8	47	7	41
Teplota	1	6	13	76	3	18

3 sestry z Havlíčkova Brodu (18 %) hodnotí osobní prostředí, zázemí jako výborné, 5 (29 %) jako vyhovující a 9 (53 %) respondentek označilo variantu špatné. Z hlediska technického vybavení považuje 9 osob (18 %) své pracoviště za vyhovující, 8 (47 %) za špatné. Stravování hodnotí 2 sestry (12 %) jako výborné, 14 (82 %) jako vyhovující a variantu špatné označila 1 respondentka (6 %). Co se týče hluku – označily 2 sestry (12 %) možnost výborné, 8 (47 %) odpověď vyhovující a 7 (41 %) špatné. Z hlediska teploty na pracovišti – jen 1 sestra (6 %) zaškrtnula variantu výborné, 13 (76 %) respondentek možnost vyhovující a 3 (18 %) odpověď špatné.

Tabulka 9c Hodnocení pracovního prostředí – Pelhřimov

Hledisko	Hodnocení					
	výborné		Vyhovující		Špatné	
	Počet	%	počet	%	počet	%
Zázemí	4	24	4	24	9	53
Technické vybavení	3	18	11	65	3	18
Stravování	6	35	8	47	3	18
Hluk	4	24	10	59	3	18
Teplota	3	18	8	47	6	35

4 respondentky (24 %) z Pelhřimova hodnotí pracovní zázemí jako výborné, 4 (24 %) jako vyhovující a 9 (53 %) jako špatné. U technického vybavení označily 3 sestry (18 %) možnost výborné, 11 (65 %) variantu vyhovující a 3 (18 %) špatné. Se stravováním je velice spokojeno 6 dotázaných (35 %), 8 (47 %) vyhovuje a 3 ho hodnotí jako špatné. Z hlediska hluku jsou velice spokojeny 4 sestry (24 %), vyhovuje 10 (59 %), vůbec nevyhovuje 3 respondentkám (18 %). Co se týče teploty – 3 (18 %) označily variantu výborné, 8 (47 %) možnost vyhovující a 6 (35 %) poslední z možností.

Tabulka 10a Změna počtu zdravotnického personálu – Jihlava

Pracovník	Změna počtu pracovníků					
	Zvýšení		Snížení		není třeba měnit	
	počet	%	počet	%	počet	%
Kvalifikované registrované sestry	18	95	0	0	1	5
Neregistrované sestry	8	42	2	11	9	47
Lékaři	10	53	1	5	8	42
Pomocný personál	16	84	0	0	3	16

18 sester (95 %) z Jihlavy je pro zvýšení počtu registrovaných sester, pouze 1 (5 %) by počet neměnila. Více neregistrovaných sester by uvítalo 8 respondentek (42 %), 9 (47 %) by nechalo počet stejný, navýšení lékařů požaduje 10 sester (53 %), snížení 1 (5 %) a stejný počet 8 (42 %), více pomocného personálu vyžaduje 16 tázaných (84 %), 3 (16 %) jsou pro stále stejný počet těchto pracovníků.

Tabulka 10b Změna počtu zdravotnického personálu – Havlíčkův Brod

Pracovník	Změna počtu pracovníků					
	Zvýšení		snížení		není třeba měnit	
	počet	%	počet	%	Počet	%
Kvalifikované registrované sestry	17	100	0	0	0	0
Neregistrované sestry	10	59	0	0	7	41
Lékaři	16	94	0	0	1	6
Pomocný personál	17	100	0	0	0	0

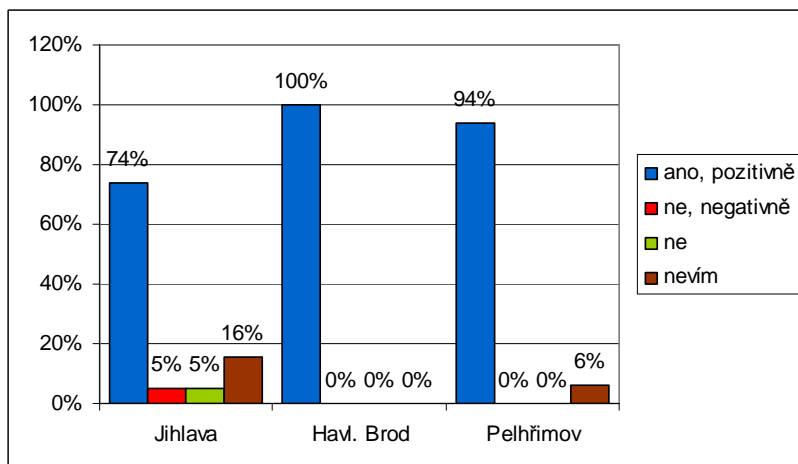
Všech 17 tázaných sester z Havlíčkova Brodu je pro zvýšení počtu kvalifikovaných sester a pomocného personálu, 10 tázaných (59 %) je pro zvýšení počtu neregistrovaných sester, 7 (41 %) má pocit, že počet těchto pracovníků není třeba měnit. 16 respondentek (94 %) by uvítalo větší počet lékařů a pouze 1 (6 %) si myslí, že počet lékařů je odpovídající.

Tabulka 10c Změna počtu zdravotnického personálu – Pelhřimov

Pracovník	Změna počtu pracovníků					
	zvýšení		snížení		není třeba měnit	
	počet	%	počet	%	Počet	%
Kvalifikované registrované sestry	14	82	0	0	3	18
Neregistrované sestry	10	59	0	0	7	41
Lékaři	11	65	1	6	5	29
Pomocný personál	14	82	0	0	3	18

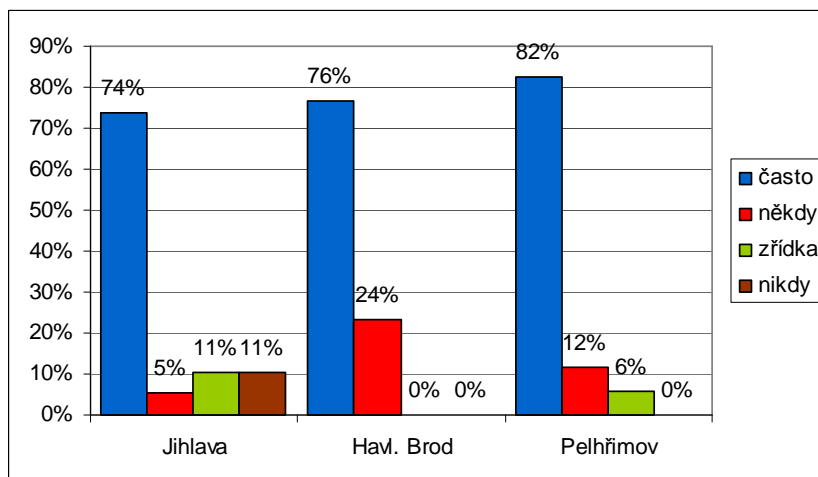
14 tázaných (82 %) z Pelhřimova si myslí, že je třeba zvýšit počet kvalifikovaných registrovaných sester a pomocného personálu, 3 sestry (18 %) jsou názoru, že počty těchto pracovníků není třeba měnit. 10 respondentek (59 %) je pro zvýšení počtu neregistrovaných sester, 7 (41 %) by počet neměnilo. Počet lékařů by zvýšilo 11 tázaných (65 %), snížila 1 (6 %) a neměnilo 5 (29 %).

Graf 53 Vliv množství personálu na pracovní atmosféru



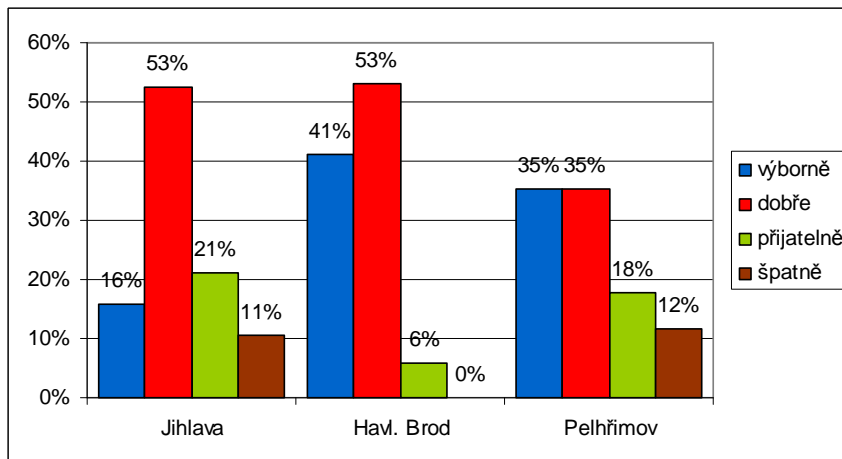
14 sester (74 %) z jihlavské nemocnice se domnívá, že zvýšený počet zdravotnického personálu může pozitivně ovlivnit atmosféru na pracovišti, 1 sestra (5 %) si myslí, že by toto ovlivnilo atmosféru negativně, taktéž 1 sestra (5 %) si myslí, že počet pracovníků nemá vliv na pracovní atmosféru a 3 sestry (16 %) uvedly, že neví. V Havlíčkově Brodě uvedlo všech 17 tázaných (100 %), že by počet pracovníků ovlivnil atmosféru pozitivně. V Pelhřimově se 16 sester (94 %) shodlo na pozitivním vlivu pracovní atmosféry a pouze 1 (6 %) z respondentek uvedla, že neví.

Graf 54 Vykonávání prací, které sestřám nenáleží



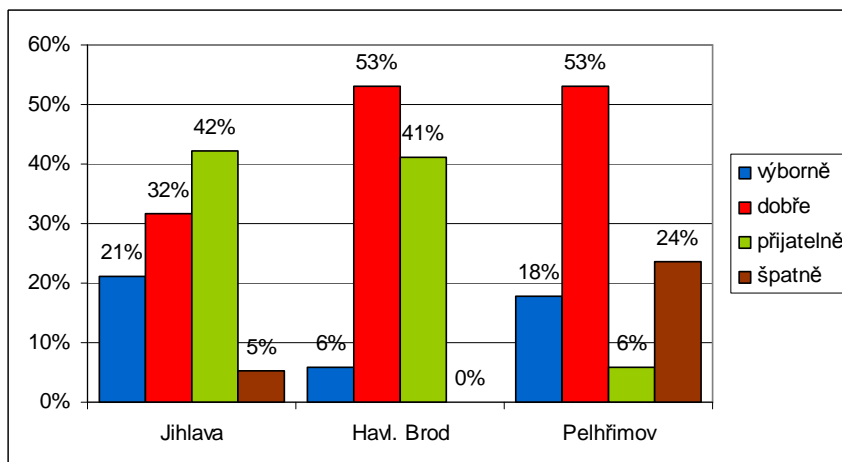
Výsledky pro Jihlavu ukazují, že 14 sestřám (74 %) se často stává, že vykonávají práci pro ně neurčenou, 1 sestře (5 %) se toto stává někdy, 2 sestřám (11 %) zřídka a 2 sestřám (11 %) se to nikdy nestává. V Havlíčkově Brodě uvedlo 13 sester (76 %), že často vykonávají práci, která jim nenáleží a 4 tázaným (24 %) se to někdy stává. Pro pelhřimovské sestry platí, že 14 sester (82 %) uvedlo, že často, 2 sestry (12 %) někdy a 1 sestra (6 %) zřídka.

Graf 55 Interpersonální vztahy mezi sestrami



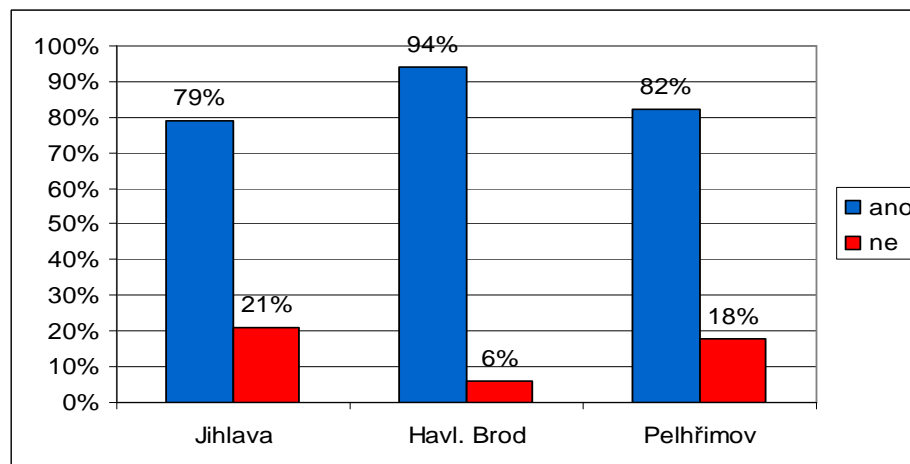
3 sestry (16 %) z Jihlavy hodnotí vztahy mezi sestrami jako výborné, 10 sester (53 %) jako dobré, 4 sestry (21 %) jako přijatelné a 2 sestry (11 %) jako špatné. V Havlíčkově Brodě považuje sesterské vztahy za výborné 7 sester (41 %), 9 sester (53 %) za dobré, 1 sestra (6 %) za přijatelné a žádná ze sester nepovažuje interpersonální vztahy za špatné. Pro Pelhřimov platí, že 6 tázaných (35 %) hodnotí vztahy jako výborné, rovněž 6 sester (35 %) hodnotí vztahy jako dobré, 3 sestry (18 %) jako přijatelné a 2 sestry (12 %) považují vztahy mezi sebou za špatné.

Graf 56 Interpersonální vztahy mezi sestrou a lékařem



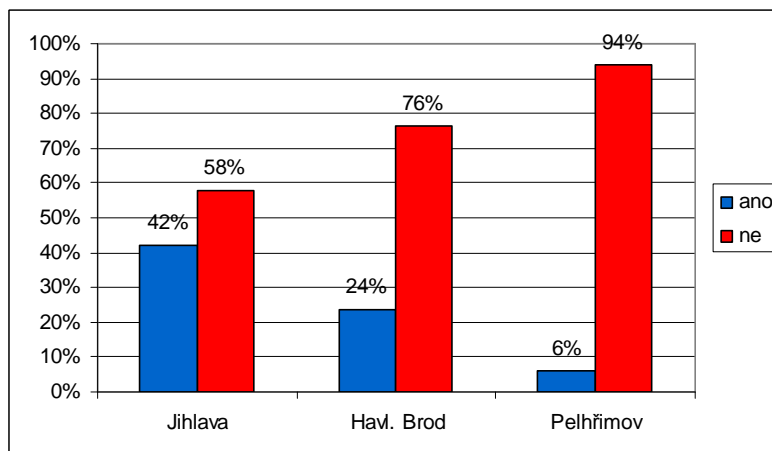
V Jihlavě hodnotí 4 sestry (21 %) vztahy mezi sestrou a lékařem jako výborné, 6 tázaných (32 %) jako dobré, 8 sester (42 %) jako přijatelné a 1 respondentka (5 %) považuje vztahy špatné. V Havlíčkově Brodě shledává 1 sestra (6 %) interpersonální vztahy jako výborné, 9 respondentek (53 %) jako dobré, 7 (41 %) jako přijatelné a žádná z tázaných neuvědla, že vztahy jsou špatné. Z pelhřimovských výsledků vyplývá, že 3 respondentky (18 %) považují vztahy mezi sestrou a lékařem za výborné, 9 sester (53 %) za dobré, 1 (6 %) za přijatelné a 4 (24 %) za špatné.

Graf 57 Udržování kontaktů mimo pracovní prostředí



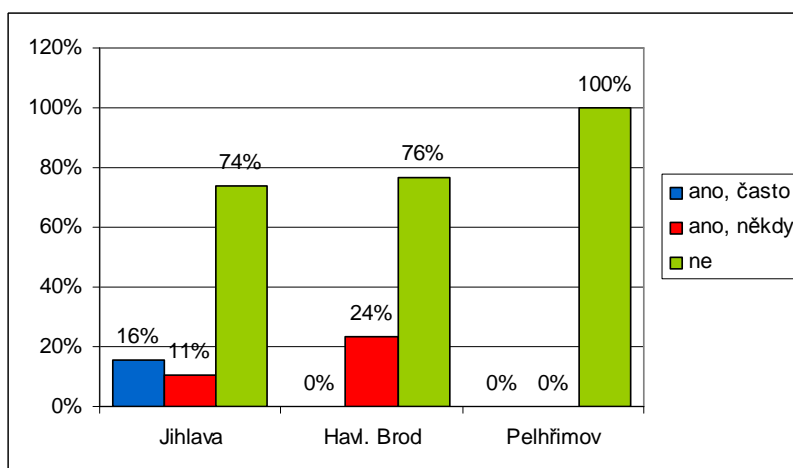
V Jihlavě je mimo zaměstnání v kontaktu se spolupracovníky 15 sester (79 %), v Havlíčkově Brodě 16 sester (94 %) a v Pelhřimově 14 sester (82 %). Mimo pracovní dobu se naopak nestýkají s kolegy z práce v Jihlavě 4 sestry (21 %), v Havlíčkově Brodě 1 sestra (6 %) a v Pelhřimově 3 sestry (18 %).

Graf 58 Zájem vedení o psychické zdraví



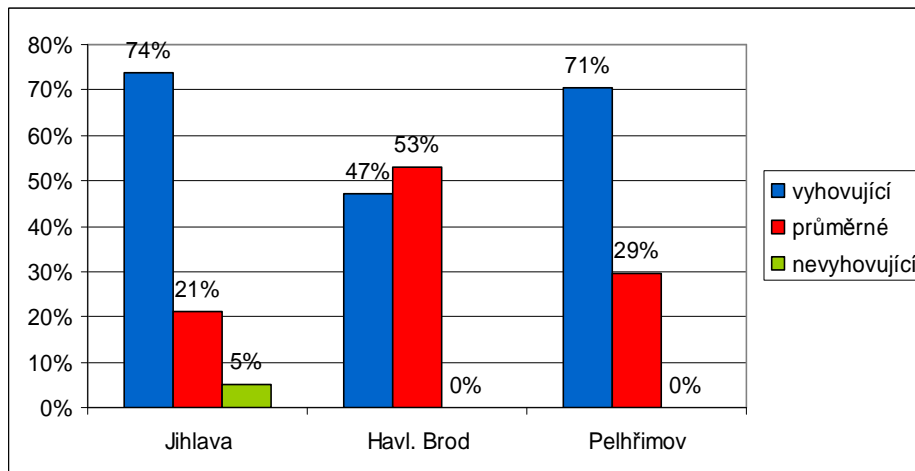
8 jihlavských sester (42 %) má pocit, že se vedení zajímá o jejich psychické zdraví, 11 (58 %) tento pocit nemá. V Havlíčkově Brodě se 4 respondentky (24 %) domnívají, že se vedení o jejich psychiku zajímá, 13 sester (76 %) si myslí, že nikoliv. V Pelhřimově kladně odpověděla 1 tázaná (6 %) a záporně 16 respondentek (94 %).

Graf 59 Přizvání sester managementem k rozhodování



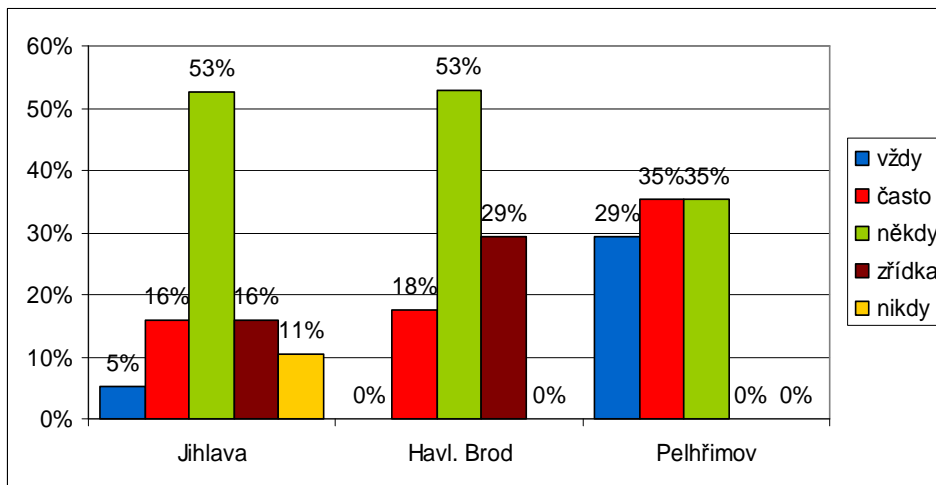
Čísla v grafu ukazují, že 3 jihlavské sestry (16 %) jsou často přizvány k rozhodování, 2 (11 %) někdy a 14 sester (74 %) přizváno nebývá. V Havlíčkově Brodě nebývá přizvána k rozhodování žádná z tázaných, 4 (24 %) někdy a 13 (76 %) nikdy. Všechny pelhřimovské sestry shodně odpověděly, že k rozhodování nikdy přizvány nebývají.

Graf 60 Rodinné zázemí ve vztahu k výkonu povolání



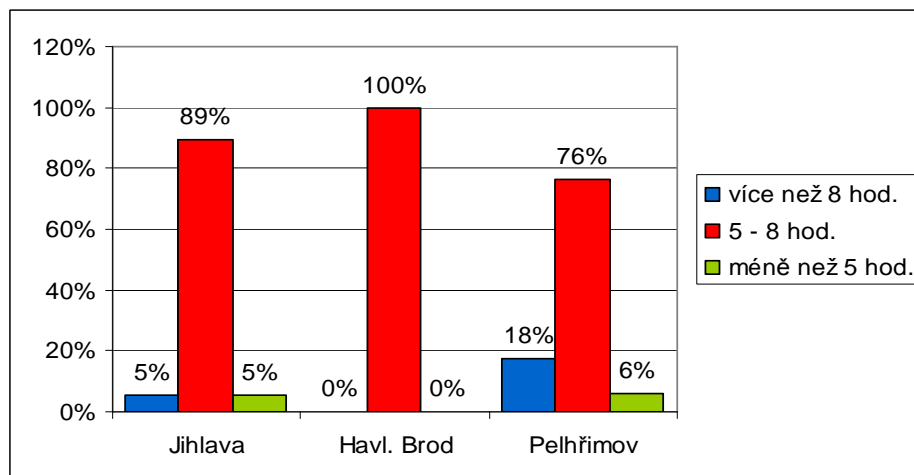
14 jihlavských sester (74 %) shledává rodinné zázemí ve spojení se zaměstnáním jako vyhovující, 4 sestry (21 %) jako průměrné a 1 sestra (5 %) jako nevyhovující. Pro 8 sester (47 %) z Havlíčkova Brodu platí, že rodinné zázemí je v tomto vztahu vyhovující, pro 9 sester (53 %) průměrné a pro žádnou dotázanou nevyhovující. V Pelhřimově je s tímto spokojeno 12 sester (71 %), výše zmíněný stav hodnotí 5 sester (29 %) jako průměrně vyhovující a žádná sestra jako nevyhovující.

Graf 61 Stravování sester a racionální výživa



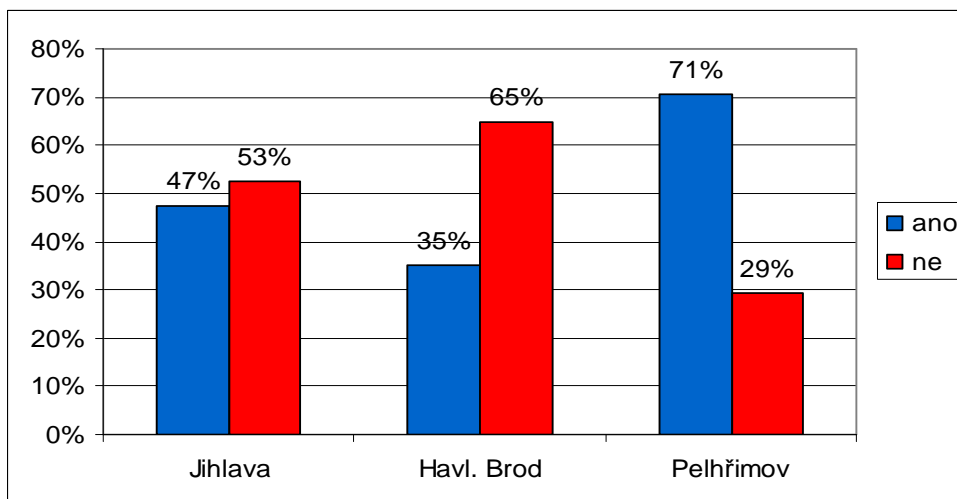
V Jihlavě 1 sestra (5 %) vnímá své stravování jako správné vždy, 3 sestry (po 16 %) často či zřídka, někdy 10 sester (53 %) a nikdy 2 sestry (11 %). V Havlíčkově Brodě si 3 sestry (18 %) myslí, že se kvalitně stravují často, 9 sester (53 %) někdy, 5 sester (29 %) zřídka a žádná ze sester neuvědomuje, že vždy nebo nikdy. V Pelhřimově hodnotí svůj způsob stravování jako výborný 5 sester (29 %), 6 sester (po 35 %) jako dobrý či průměrný a žádná jako mírně či zcela špatný.

Graf 62 Délka spánku



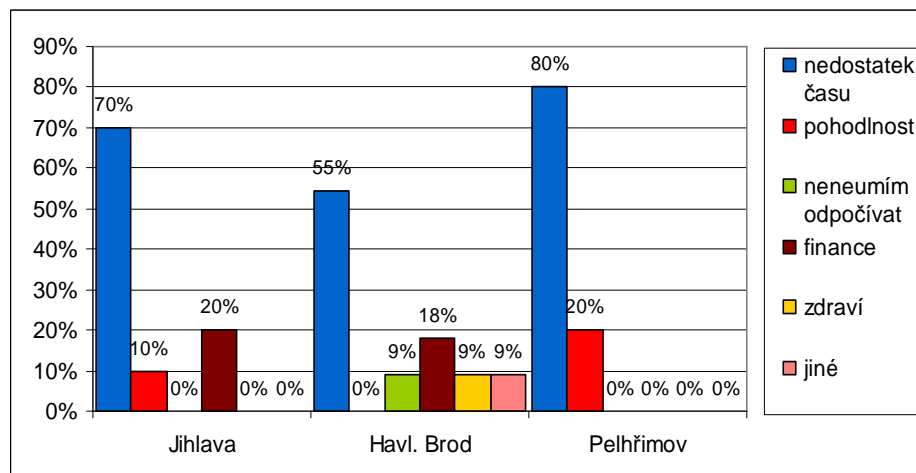
Více než 8 hodin nebo méně než 5 hodin denně spí 1 (5 %) z jihlavských respondentek, 5 – 8 hodin 17 sester (89 %). Z Havlíčkova Brodu věnují spánku 5 – 8 hodin všechny sestry, z Pelhřimova 13 sester (76 %), přes 8 hodin 4 sestry (18 %) a méně než 5 hodin 1 sestra (6 %).

Graf 63 Kompenzace intenzivní práce odpočinkem



Z grafu vyplývá, že z Jihlavy dokáže kompenzovat intenzivní práci odpočinkem 9 sester (47 %), naopak se toto nedaří 10 sestrám (53 %). Z Havlíčkova Brodu je schopno vyvážit vypětí v zaměstnání 6 sester (35 %), 11 sester (65 %) ne a v Pelhřimově 12 sestrám (71 %) ano, 5 sestrám (29 %) ne.

Graf 64 Důvod nedostatečné kompenzace práce odpočinkem



Jako důvod nedostatečné kompenzace práce odpočinkem (graf 63) uvádí - 7 jihlavských sester (70 %) nedostatek času k odpočinku, 1 sestra (10 %) pohodlnost, 2 sestry (20 %) finanční problémy a žádná z dotázaných neuvedla, že by ji v odpočinku bránila neschopnost odpočívát, zdravotní potíže či jiná zátěž. V Havlíčkově Brodě 6 sestrám (55 %) v odpočinku brání nedostatek času, po 1 sestře (po 9 %) neschopnost odpočívát, zdravotní stav, nebo jiné potíže, 2 sestrám (18 %) finanční zátěž. Nedostatek relaxace je u 4 pelhřimovských sester (80 %) zapříčiněn nedostatkem času, u 1 sestry pohodlností.

5. DISKUZE

Výsledky dotazníku, který byl zaměřený na problematiku zvládnání psychické zátěže sestrami, byly zpracovány zvláště u sester ze standardních chirurgických a interních oddělení z nemocnic Jihlava, Havlíčkův Brod a Pelhřimov.

V první části dotazníku pro sestry ze standardních chirurgických a interních oddělení byly otázky zaměřeny na věk, dosažené vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví a na chirurgickém či interním oddělení, druh směnného provozu a rodinné poměry. Výsledky ukazují, že na těchto odděleních pracují převážně sestry ve věkovém rozmezí 20 - 25 let (graf 1 a 33). Toto zjištění lze zdůvodnit i tím, že na tato oddělení nastupují absolventky často hned po ukončení studia a vlastně se teprve rozhlíží a ujasňují si, v jakém oboru chtějí pracovat. Některým sestrám „přirostou“ tyto obory a forma standardního oddělení k srdci a zůstávají. Často však přestupují na jednotky intenzivní péče, metabolické a koronární jednotky nebo do úplně jiných oborů, které se jim zdají být pro ně vhodnější a atraktivnější. Ne zřídka nastupují i na mateřskou dovolenou. Práce na zmíněných odděleních vyžaduje dobrou fyzickou a psychickou kondici. S přibývajícím věkem se může stát, že sestře nezbývá již mnoho energie pro plnění jejích povinností po pracovní době, a tak začne přemýšlet o přestoupení do jiného oboru, o kterém si myslí, že by ho lépe zvládala. To dokazují i výsledky šetření, že na těchto pracovištích působí velmi málo sester ve věku 41 – 50 let a 51 let a více.

Co se týče vzdělání, dozvěděli jsme se, že většina sester má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Na chirurgickém oddělení v Jihlavě se jedná o celých 69 % sester se SZŠ, v Havlíčkově Brodě o 36 % a v Pelhřimově o 53 % (graf 2). Na interním oddělení v Jihlavě působí 79 % sester se SZŠ, v Havlíčkově Brodě 71 % a v Pelhřimově 82 % (graf 34). Dále následuje u sester nejvyšší dosažené vzdělání pomaturitní specializační studium, po něm vyšší odborná škola a jen velmi málo sester uvedlo vysokoškolské bakalářské studium. Tento stupeň vzdělání má jen 5 % sester z chirurgického oboru z Havlíčkova Brodu a 7 % z Pelhřimova a žádná sestra z Jihlavy. Z interního oddělení 6 % z Havlíčkova Brodu a žádná sestra z Jihlavy a z Pelhřimova. Pro tato zjištění lze udat více důvodů. Šafránková (27) uvádí ve své publikaci, že pro studium oboru zdravotní sestra na středních zdravotnických školách byli přijímáni žáci

do r. 2004. Od r. 2005 byl obor nahrazen oborem zdravotnický asistent, a všeobecná sestra přesunuta na vyšší či vysoké školy. Z toho vyplývá, že nový systém vzdělávání sester funguje poměrně krátkou dobu, takže je logické, že většina sester má SZŠ. Protože na těchto odděleních pracuje hodně sester ve věku od 20 do 30 let, je možné, že již ve studiu pokračují anebo se teprve na další studium připravují. Z vlastní zkušenosti vím, že v praxi je běžnější, že sestry v této věkové kategorii si chtějí doplnit vzdělání na vyšší odborné škole či vysoké škole a až poté si ujasňují, ve kterém oboru se budou specializovat. A dále, že mezi již zkušenými i o něco staršími sestrami jsou velké pochybnosti o významu vysokoškolského studia a jeho výsledném efektu pro jejich práci. Jsou si vědomy toho, že studium je velmi náročné na čas, finanční stránku a v neposlední řadě by většina sester musela dojíždět hodně kilometrů od místa bydliště a tím i od rodiny a mají obavy, že by neskloubily péči o domácnost a rodinu s tak vysokými požadavky, které s sebou přináší studium na vysoké škole. A tak když mají zájem studovat při zaměstnání, vybírají si nejčastěji pomaturitní specializační studium, které se jim zdá být nejvíce přínosné pro jejich profesi a zároveň lépe kombinovatelné s jejich povinnostmi a zálibami po práci, což potvrdily i výsledky šetření.

Co se týče doby působení na standardních odděleních, výsledky šetření jsou jednoznačné. Nejvíce sester se věnuje práci na těchto odděleních v časovém rozmezí do 5 let. Na chirurgickém oddělení v Jihlavě vykonává své povolání do 5 let 38 % sester, v Havlíčkově Brodě 59 % a v Pelhřimově 40 % (graf 4). Následuje doba působení 6–10 let, ve které pracuje v Jihlavě 38 % sester, v Pelhřimově 27 % a v Havlíčkově Brodě 18 %. Na interním oddělení působí v Jihlavě do 5 let 58 % sester, v Pelhřimově až 59 % a v Havlíčkově Brodě 47 %. V tomto oboru následuje časové rozmezí 11–20 let, ve kterém působí 21 % sester z Jihlavy, 29 % z Havlíčkova Brodu a 18 % z Pelhřimova (graf 36). Toto dokazuje, že na chirurgii působí sestry kratší období, ale rozdíl není výrazně odlišný. Důvodem může být více stresových situací na chirurgii při akutních příjmech a pooperačních komplikacích, neustálý časový tlak. K tomu všemu sestra musí trávit hodně času na oddělení bez lékařů, kteří odchází hned ráno na operační sály, takže se musí umět celou směnu ve vypjatých situacích sama rozhodovat. Ne každá sestra má

dispozice pro práci na chirurgickém oddělení, a tak se může stát, že po určité době přestupuje do jiného oboru.

Není překvapující, že většina sester pracuje ve směnném provozu. Šafránková, Nejedlá (10) uvádí ve své publikaci: „Na interním lůžkovém oddělení pracují převážně všeobecné sestry ve třísměnném provozu“ (10, str. 15). Totéž platí i pro chirurgické standardní oddělení. Ve směnném provozu vykonává praxi na chirurgickém oddělení 92 % sester z Jihlavy, 95 % z Havlíčkova Brodu a 100 % z Pelhřimova (graf 5). Na interním oddělení se jedná o 84 % z Jihlavy, 88 % z Havlíčkova Brodu a celých 100 % z Pelhřimova (graf 37). V České republice není běžnou praxí, aby si sestry určovaly jakou, a kolik chtějí služeb, jako v některých jiných zemích.

Co se týče rodinných poměrů, je zajímavostí, že převážná část sester působících na zmíněných odděleních je svobodných, bezdětných a za nimi hned ženy vdané s dětmi. V chirurgickém oboru působí v Jihlavě svobodných, bezdětných 62 % sester, v Havlíčkově Brodě 41 % a v Pelhřimově 47 % (graf 6). Na interním oddělení vykonává svou praxi svobodných, bezdětných 42 % sester z Jihlavy, 47 % z Pelhřimova, 35 % z Havlíčkova Brodu, zde převažuje věková kategorie vdaná s dětmi – 47 % sester (graf 38). Zmíněné údaje korespondují se zjištěním, že na těchto odděleních pracují převážně mladší sestry.

V druhé části dotazníku byl soubor otázek orientován na zjišťování zvládnání psychické zátěže sestrami. Za pozitivní výsledek můžeme považovat to, že sestry většinou poznají rizikové faktory způsobující jim psychickou zátěž při výkonu povolání. Vždy pozná rizikové faktory z chirurgického oddělení v Jihlavě 23 %, často 54 %, v Havlíčkově Brodě vždy 5 %, často 41 %, někdy 45 % a v Pelhřimově vždy 20 %, často 40 % sester a někdy 27 % (graf 7). Na interním oddělení rozpozná tyto faktory v Jihlavě vždy 21 % sester, často 16 %, někdy 47 %, v Havlíčkově Brodě vždy 6 %, často a někdy po 47 %, v Pelhřimově vždy 12 % sester, často a někdy po 41 % (graf 39). Myslím si, že rozpoznat rizikové faktory způsobující psychickou zátěž je jedním ze základních předpokladů dobrého zvládnání takto náročné práce.

Další otázka se týkala reakce na zátěž. Z výsledků vyplývá, že nejčastějšími projevy u sester je podrážděnost, nadávání a hodně sester o stresu přemýšlí, dále sestry

uváděly hněv, strach, potřebu něco udělat. Naopak nejméně sestry reagují apatií, pasivitou, pláčem a křikem. (tab. 1a, 1b, 1c, 6a, 6b, 6c). Každá potřebuje zvýšené napětí nějakým způsobem uvolnit. Zde se nabízí otázka, jak se tyto projevy promítají do vztahů se spolupracovníky a pacientem a do kvality poskytované péče. To záleží určitě na tom, do jaké míry sestra umí zvládat zátěžové situace a ovládat se.

Není žádným tajemstvím, že ke zmírnění stresu se používají návykové látky. Většina sester podle výsledků šetření nepoužívá žádné návykové látky, avšak procento sester, které sáhnou po cigaretě, není zanedbatelné. Křivohlavý (15) uvádí ve své publikaci, že kouření má v krátkodobém pohledu kladný vliv na pocit zvládnutí stresu, na překonání pocitu nejistoty, zlepšuje výkon, a zvyšuje soustředěnost, ale i další pozitiva. Na chirurgickém oddělení v Jihlavě nepoužívají žádné návykové látky 43 %, v Havlíčkově Brodě 77 % a v Pelhřimově 87 %. V Jihlavě kouří 36 % sester, v Havlíčkově Brodě 9 % a v Pelhřimově 7 % (graf 8). Na interním oddělení v Jihlavě nepoužívá žádné návykové látky 53 % sester, dále 59 % sester z Havlíčkova Brodu a 65 % z Pelhřimova. 37 % z interního oddělení v Jihlavě kouří, v Havlíčkově Brodě 35 % a v Pelhřimově 18 % (graf 40). Kouření je důležitý rizikový faktor ohrožující zdraví a jistě to není dobrý vzor pro pacienty. Z šetření vyplynulo, že sestry z interního oddělení více kouří. Což si nemyslím, že by mohlo být následkem vyšší psychické zátěže nebo tím, že prý sestry na interně nemají tolik práce jako na chirurgii a tím mají i více času na tyto aktivity, což je častý „mýtus“ mezi lidmi.

Další otázky se týkaly mechanismů zvládnutí stresu. V případě značné psychické zátěže hraje velkou úlohu schopnost jedince racionálně zhodnotit vzniklou situaci. Psychická zátěž nevzniká najednou, ale zvyšují se podněty, které zadávají příčinu k jejímu vzniku. Z výsledku šetření vyplývá, že se většina sester snaží často o racionální zhodnocení situace (graf 9, 41). Racionálního zhodnocení jsou nejvíce schopny sestry z interního oddělení z Havlíčkova Brodu (vždy 29 %, často 53 %) a následně z chirurgického oddělení z téhož města (vždy a často po 36 %). Další výsledky se výrazně neliší ani v porovnání mezi odděleními ani mezi městy, jenom 11 % sester z chirurgického oddělení z Jihlavy uvedlo, že se nikdy nesnaží o racionální zhodnocení situace. Lze si i tuto skutečnost vysvětlit tím, že se sestry nad danou otázkou málo

zamyslely. Během pracovní doby sestru přepadne mnoho zátěžových situací z různých důvodů. Sestra musí zvládnout mnoho povinností téměř najednou. Chystá se například zrovna aplikovat antibiotika, když ve stejnou dobu jí volají ze sálu, že si má přijet pro pacienta po operaci, přijde i lékař, že jí potřebuje na vizitu a následně poté jí začnou zvonit zvonky od pacientů. Kolegyně má sama dost práce a nemůže pomoci. V této fázi je velice důležité nezačít zmatkovat, ale umět si stanovit priority a vhodné alternativy řešení problému. Jen tak sestra může řádně plnit své pracovní povinnosti.

Výsledky ukazují, že sestry si umějí říci o pomoc, když potřebují. To vyžaduje i kousek odvahy a pokory. Na chirurgickém oddělení v Jihlavě si v případě psychické zátěže řekne o pomoc někdy 54 %, v Havlíčkově Brodě 59 % a v Pelhřimově 40 % (graf 10). Na interním oddělení v Jihlavě volí tuto strategii někdy 42 % sester, 41 % v Havlíčkově Brodě a 35 % v Pelhřimově (graf 42). Podle Kozierové (14) je jednou z neefektivních strategií vyrovnávání se stresem snažit se vyhýbat situacím, které by mohly vyvolat pochybnosti o odborných znalostech a kvalitách sestry. Je potěšující, že varianty vždy a často byly v této otázce voleny minimálně (graf 11, 43). Dalším únikovým a tím i neefektivním mechanismem je oddalování řešení problému. Šetření používání této strategie přineslo pozitivní výsledky. Na chirurgickém oddělení v Jihlavě oddaluje řešení problému zřídka 54 %, nikdy 23 % sester, v Havlíčkově Brodě někdy 36 % a zřídka 45 % a v Pelhřimově 47 % zřídka, 27 % nikdy (graf 12). Na interním oddělení v Jihlavě převažují odpovědi někdy a zřídka po 32 %, v Havlíčkově Brodě 53 % a v Pelhřimově zřídka a nikdy po 35 % (graf 44). Poslední dva uvedené mechanismy vlastně problém vůbec neřeší. Jak uvádí ve své publikaci Bartošíková: „Pracovní zátěž nezvládneme tím, že budeme od nevyřešených problémů unikat do další práce, nebo čekat „až se to nějak vyřeší“. Vyhnutí se je krátkodobá strategie, nepřináší perspektivní řešení“ (3, str. 47). Je potěšující, že se sestry mnohem více snaží o racionální vyřešení situace než se problémům vyhýbat. Z výše uvedeného vyplývá, že se potvrdila hypotéza 1: *Sestry se snaží o objektivní zhodnocení situace a efektivní vyřešení problému.*

Dále z výsledků vyplývá, že většina sester si dokáže se zátěžovými situacemi poradit a analyzovat též příčiny neúspěšného zvládnání psychické zátěže. Na

chirurgickém oddělení v Jihlavě si umí se zátěžovými situacemi poradit často 31 %, někdy 44 % sester, v Havlíčkově Brodě často 73 % a v Pelhřimově často 47 % (graf 13). Na těchto odděleních v případě neúspěšného zvládnutí analyzuje příčiny v Jihlavě 45 %, někdy 55 % sester, v Havlíčkově Brodě odpovědělo ano 45 %, někdy 50 %, v Pelhřimově ano 40 %, někdy 60 % (graf 14). Na interním oddělení v Jihlavě si dokáže poradit se zátěžovými situacemi vždy 53 %, často 47 % sester, v Havlíčkově Brodě často 59 % a v Pelhřimově převažuje odpověď také často 53 % (graf 45). Příčiny neúspěšného zvládnutí zátěže analyzuje na interním oddělení v Jihlavě 42 % sester, někdy 53 %, v Havlíčkově Brodě umí analyzovat 24 %, někdy 71 % sester, v Pelhřimově odpovědělo 46 % sester a někdy 54 % (graf 46).

Křivohlavý (15) ve své publikaci popisuje fyziologické, emocionálně citové a behaviorální příznaky stresu. Mnohým projevům se nevyhnou ani sestry. Z výsledků vyplývá, že poměrně hodně sester má bolesti hlavy, poruchy spánku, prudké změny nálad, obtížně se koncentrují, pociťují zhoršenou kvalitu práce, nadměrnou únavu a v neposlední řadě i bolesti páteře (tab. 2a, 2b, 2c, 7a, 7b, 7c). Důvodem těchto nepříznivých výsledků může být fakt, který udává ve své publikaci Bartošíková: „Náročnost ve zdravotnictví nelze zmírnit, ta dokonce narůstá, protože zdravotnictví klade stále větší požadavky na profesní úroveň i sociální dovednosti sestry“ (3, str. 68). Z vlastní zkušenosti vím, že na sestry na těchto standardních odděleních jsou kladeny doopravdy vysoké nároky, po náročné práci musí zvládnout ještě mnoho dalších povinností, a často nezbyvá čas na odpočinek. Nelze se divit, že se po určitém čase nadměrná psychická zátěž projeví formou různých somatických a psychosomatických příznaků. Alarmující jsou následující výsledky šetření. Velké procento sester (graf 15, 47) udává ztrátu pocitu smysluplnosti vlastní profesní práce, následně dlouhodobé pocity vyčerpání, menší množství sester pociťuje negativní vztah vůči spolupracovníkům a klientům. Ztráta pocitu smysluplnosti vlastní profesní práce může souviset s výsledky z poslední části dotazníku, z kterých vyplynulo, že management málo pečuje o zdraví sester a sestry jsou jen v malé míře přizvány k rozhodování, což vše souvisí s nedostatečnou motivací ze strany vedení. Je nutné se zmínit i o nízkém finančním ohodnocení.

Aby sestra dokázala všem nepříjemným tlakům v životě obstát, měla by pečovat sama o sebe, odpočívat a myslet na své potřeby. Bartošíková uvádí ve své publikaci: „Udělejte si čas na svůj život, na „své“ lidi, na své koníčky. Zájmy obohacují náš život, ztrácet je jen kvůli nedostatku času se nevyplácí. To, co děláme rádi, s potěšením, je zdrojem emočních zážitků a taky energie“ (3, str. 15). Na chirurgickém oddělení v Jihlavě alespoň jedenkrát za týden odpočívá 77 % sester poslechem hudby, 69 % spánkem, 62 % setkáním s přáteli a 54 % provozuje aktivně sport (tab. 3a). V Havlíčkově Brodě 55 % sester alespoň jednou za týden poslouchá hudbu, 45 % čte a 36 % odpočívá fyzickou prací (tab. 3b). V Pelhřimově 87 % sester alespoň jedenkrát za týden poslouchá hudbu, 67 % odpočívá spánkem, 60 % fyzickou prací a 40 % prací na zahradě (tab. 3c). Na interním oddělení se výsledky výrazně neliší (tab. 8a, 8b, 8c). Sestry tedy zařazují nejčastěji takové způsoby relaxace, kterými zároveň zvládají i své povinnosti po pracovní době. Jedná se o fyzickou práci, práci na zahradě. Dále sestry uvádí spánek, což je potěšující, protože se během třisměnného provozu u většiny nahromadí tzv. spánkový dluh, který je třeba alespoň částečně odstranit. Poslech hudby, setkání s přáteli a aktivní sport je také oblíbená metoda odpočinku. Méně často sestry uvádějí návštěvu kina a divadla a vůbec nejméně zpěv, hru na hudební nástroj a meditaci. Sestry se samy sobě věnují jen opravdu málo, ale to vše může kompenzovat skutečnost, že většina sester hodnotí své zázemí jako vyhovující, což vyplývá z výsledků z poslední části dotazníku.

Ve třetí části dotazníku hledáme odpověď na to, jakým způsobem ovlivňuje psychická zátěž na pracovišti kvalitu ošetrovatelské péče. Zejména v době, kdy se v českých zdravotnických zařízeních projevuje stále větší nedostatek kvalifikovaných sester, byly otázky položeny záměrně. Je logické, že pracovní zátěž se zvyšuje a zvyšuje se také jejich psychická zátěž. Udržet kvalitní a přívětivý vztah k pacientovi potom vyžaduje od sester zvýšené úsilí. V Jihlavě na chirurgickém oddělení si 54 % sester myslí, že často psychická zátěž na pracovišti ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče, v Havlíčkově Brodě si totéž myslí často 50 % sester a v Pelhřimově 33 %, někdy 33 % (graf 16). V Jihlavě na interním oddělení si myslí, že často 32 %, někdy 53 % a dále v Havlíčkově Brodě často 59 %, v Pelhřimově 65 % sester (graf 48). Tato skutečnost

souvisí i s výše uvedenými výsledky, kdy ztráta pocitu smysluplnosti vlastní práce ovlivňuje roli sestry a to se promítá spíše negativně do kvality poskytované péče. Na druhou stranu si myslí menší množství sester, že psychická zátěž neovlivňuje kvalitu poskytované péče. Jen v Pelhřimově se jedná o celých 33 %. Psychická zátěž sester se v různé míře promítá ve vztahu k pacientovi. Jde jen o to, jak je sestra na zvládnutí této zátěže připravena. Důvodem tzv. výbušné situace bývá fakt, kdy se nahromadí příliš mnoho problémů, které sestra nezavinila, a které nemůže často ani ovlivnit. Přitom je často nespravedlivě považována za viníka, protože mohla vycházet ze znalosti pracoviště a situaci předvídat. Nejvíce jsou si vědomy psychické zátěže a následného, možná zhoršeného, vztahu k pacientovi sestry z chirurgického oddělení z Havlíčkova Brodu. Celkem 50 % z celkového počtu respondentek z této nemocnice je názoru, že psychická zátěž vztah k pacientovi ovlivňuje negativně. V Pelhřimově je stejného názoru 40 % sester a v Jihlavě 38 % sester (graf 17). Na interním oddělení v Jihlavě odpovědělo negativně někdy 58 %, v Pelhřimově ano negativně 35 % a výjimkou jsou jen sestry z Havlíčkova Brodu, celých 41 % sester si myslí, že psychická zátěž neovlivňuje vztah k pacientovi a dokonce 29 % z Pelhřimova uvedlo i možnost - někdy pozitivně (graf 49). Z uvedených údajů vyplývá, že sestry jsou si vědomy nebezpečí velké psychické zátěže a jejího negativního vlivu na profesionální vztah sestry k pacientovi. Na druhou stranu lze vyvodit i závěr, že psychická zátěž nemusí bezpodmínečně znamenat zhoršený vztah k pacientovi v případě například dostatečných pozitivních faktorů. Protože výsledky z poslední části dotazníku ukázaly, že například 24 % sester z interního oddělení z Havlíčkova Brodu je přesvědčeno, že se vedení zajímá o jejich psychické zdraví a stejný počet respondentek uvedlo, že jsou někdy přizváni managementem k rozhodování.

Pracovní vztah sestra versus pacient je vždy velmi náročný. Na obou stranách stojí člověk, který má určité charakterové vlastnosti, dokáže sobě vlastním způsobem zvládat psychickou zátěž a následně korigovat pracovní vztah k pacientům. Sestry ze všech tří nemocnic připouštějí, že psychická zátěž, které jsou v pracovním procesu každý den vystavovány, má určitý negativní vliv na komunikaci s pacienty (graf 18 a 50). Dále se sestrám daří často při psychické zátěži koordinovat zajištění co nejlepší

péče o pacienta, tato odpověď byla z hlediska procentního vyjádření nejvyšší. Dominují sestry z chirurgického oddělení v Jihlavě – 69 %, dále v Pelhřimově často 47 % a v Havlíčkově Brodě často 36 %, někdy 41 % (graf 19). Na interním oddělení v Jihlavě a v Havlíčkově Brodě často po 53 %, a v Pelhřimově odpovídaly převážně někdy 41 % (graf 51). Sestrám se tedy daří koordinovat svou práci, ale to nic nevyovídá o kvalitě poskytované péče. Koordinovat znamená zvládat, a může se jednat jen o pozitivní subjektivní pocit sestry, kdy jsou rutinně, ale třeba zrovna ne kvalitně provedené různé výkony, a tak se mohou označit v dokumentaci jako splněné. Zajímavé jsou výsledky ohledně chybování. Přes sebelepší koncentraci na pracovní výkon může dojít k určitým pochybením, jejichž četnost se může stupňovat v případě zvýšené pracovní zátěže. Převažovaly odpovědi ano zřídka, ale zaznívaly i odpovědi ano často, procentuálně více u sester z chirurgického oddělení (graf 20). Na interním oddělení v Jihlavě a v Havlíčkově Brodě uvedly sestry po 37 % a v Pelhřimově 29 %, že nikdy (graf 52). I sestra je „jenom člověk“ a chybování je „lidské“, otázkou do diskuze je, do jaké míry je přitom ohrožen pacient. *Z výše uvedeného vyplývá, že se potvrdila hypotéza 2: Psychická zátěž sester má negativní vliv na poskytovanou péči.*

Ve čtvrté části dotazníku byly otázky zaměřeny na zjištění, co sestry postrádají ke zvládnutí psychické zátěže. Nejdříve sestry hodnotily své pracovní prostředí. Nejvíce kriticky se sestry vyjadřovaly k osobnímu prostředí, zázemí, což zahrnuje denní místnost, dostatek sprch, WC apod., v některých případech se negativně vyjadřovaly i k technickému vybavení a hluku. Na chirurgickém oddělení v Pelhřimově hodnotí zázemí 73 % sester a hluk 60 % jako špatné, technické vybavení, stravování, teplotu hodnotí většina sester jako vyhovující (tab. 4a). V Jihlavě na stejném oddělení není spokojeno s osobním prostředím a technickým vybavením po 54 % sestrách, ostatní možnosti většina sester hodnotila jako vyhovující (tab. 4b). V Havlíčkově Brodě na chirurgickém oddělení vyhovuje osobní prostředí 55 % sestrám, technické prostředí, stravování, teplota, hluk po 77 % sestrách (tab. 4c). Na všech interních odděleních označila většina sester osobní prostředí jako špatné a ostatní faktory jako vyhovující (tab. 9a, 9b, 9c). „Ke zmírnění náročnosti práce sester je nutný dostatečný počet pomocného personálu, tak nezatěžování kvalifikovaných sester prací, která jim

nepřináleží“ (3, str. 68), uvádí ve své publikaci Bartošíková. S tím nelze než souhlasit. Bohužel z výsledků plyne, že většina sester by počet pomocného personálu zvýšila. Tento krok by udělaly z velké části sestry ze všech měst a na všech odděleních (tabulka 5a, 5b, 5c, 10a, 10b, 10c). Počet kvalifikovaných sester by neměnilo jenom 60 % sester z chirurgického oddělení z Pelhřimova, jinak opět většina sester z ostatních měst a oddělení by jejich počet zvýšila. Množství neregistrovaných sester se zdá respondentkám odpovídající, ovšem s výjimkou interního oddělení z Havlíčkova Brodu a Pelhřimova, kde by počet chtělo zvýšit po 59 % sester. Počet lékařů by zvýšila většina sester ze všech interních oddělení a též z chirurgického oddělení v Jihlavě, neměnila by většina sester z chirurgického oddělení z Pelhřimova a z Havlíčkova Brodu. Dále z grafu 21, 53 vyplývá, že většina sester je přesvědčena, že zvýšený počet zdravotnického personálu na pracovišti může pozitivně ovlivnit pracovní atmosféru. Není překvapující, že všechny sestry uvádí, že často vykonávají práce, které jim nepřináleží, tedy práce pomocného personálu (graf 22, 54). Následkem této skutečnosti nemají pak dostatek času na své kompetence, což vede ke stresu a následně může dojít k ovlivnění kvality péče. Dalším předpokladem kvalitní práce na oddělení jsou dobré vztahy na pracovišti. Z výsledků šetření vyplývá, že na chirurgických odděleních považuje většina sester tyto vztahy v Jihlavě a v Pelhřimově za dobré, ale v Pelhřimově zároveň i 20 % za špatné (graf 23). Na chirurgickém oddělení v Havlíčkově Brodě hodnotí 45 % sester tyto vztahy jako přijatelné a 36 % jako dobré. Na interních odděleních hodnotí sestry vztahy mezi sebou většinou jako dobré, dokonce v Havlíčkově Brodě 41 % a v Pelhřimově 35 % jako výborné (graf 55). Vztahy mezi sestrou a lékařem hodnotí sestry z chirurgických oddělení většinou též jako dobré (graf 24). Výjimkou jsou sestry z chirurgického oddělení z Pelhřimova, kde 73 % hodnotí vztahy jako přijatelné. Na interních odděleních v Havlíčkově Brodě a Pelhřimově většina sester odpověděla dobře, v Pelhřimově zároveň ale i špatné 24 % (graf 56). V Jihlavě na stejném oddělení odpovědělo 32 % dobré a 42 % přijatelné. Určitě by zde pomohla účast pracovníků ve zdravotnictví v rámci celoživotního vzdělávání na konferencích, seminářích, kurzech a dalších aktivitách zaměřených na zlepšení interpersonálních vztahů, komunikaci a problematiku zvládání zátěžových situací. Další

otázkou bylo zjištěno, že velká většina sester udržuje kontakty se svými spolupracovníky i po práci (graf 25, 57). Důležitými motivačními faktory v práci sestry je péče o psychické zdraví sester ze strany vedoucích pracovníků a následně i zvýšená participace pracovníků na rozhodování. Bohužel, na základě šetření z výsledků vyplývá, že většina sester ze všech zmíněných oddělení a měst mají pocit, že se vedení nezajímá o jejich psychické zdraví (graf 26, 58). Nejvíce se vedení zajímá v této oblasti o sestry z chirurgického oddělení z Pelhřimova, jedná se o 47 %, a dále z interního oddělení z Jihlavy, kde má takový pocit 42 % sester. Co se týče přizvání managementem k rozhodování, většina sester odpověděla, že nemají možnost spolurozhodovat (graf 27, 59). Nejvíce jsou k rozhodování přizvány sestry z chirurgického oddělení z Pelhřimova, kde uvedlo 47 % respondentek variantu ano, někdy. V době vyplňování dotazníku (prosinec 2008), byla akreditovaná jen nemocnice v Havlíčkově Brodě, ale další dvě nemocnice se na akreditaci intenzivně připravovaly. Tím si lze vysvětlit, proč se výsledky v této oblasti výrazně neliší. Neočekávaný a trochu zarážející ovšem je, že sestry hodnotí zájem vedení o ně spíše negativně.

K dobré psychické pohodě sestry přispívá i vyhovující rodinné zázemí, které předchází konfliktu role sestry. Potěšující jsou výsledky šetření, kdy většina sester hodnotí své rodinné zázemí jako vyhovující, jenom v Havlíčkově Brodě na interním oddělení převažuje odpověď jako průměrné 53 % (graf 28, 60). Ke zdraví nejenom sester přispívá racionální výživa, dostatek odpočinku a spánku. Většina sester odpověděla, že jejich strava odpovídá racionální výživě někdy. Nejlépe se stravují sestry na interním oddělení v Pelhřimově. Zde po 35 % sester uvedlo, že se racionálně stravují často a někdy (graf 29, 61). Dále víme, že většina sester spí 5 – 8 hodin (graf 30, 62). Další otázka zjišťovala, zda-li se sestrám daří kompenzovat čas vyplněný prací dostatečným odpočinkem. Většina sester odpověděla ne. Výjimku tvoří chirurgické oddělení v Jihlavě, kde 62 % odpovědělo ano a interní oddělení v Pelhřimově, kde také 71 % respondentek odpovědělo, že se jim daří kompenzovat čas vyplněný prací odpočinkem (graf 31, 63). Důvod nedostatečné kompenzace uváděly sestry ve velké převaze nedostatek času (graf 32, 64). Sledované faktory neukazují, že by ve velké míře ovlivňovaly psychickou zátěž sester. Ze všech sledovaných faktorů respondentky

postrádají nejvíce a zároveň přibližně ve stejné míře dostatek pomocného personálu, kvalitní osobní prostředí (místnost pro sestry, dostatek sprch, WC) a zájem vedení o jejich psychické zdraví. Dále většina respondentek poukazuje na nedostatek registrovaných sester, nezájem o jejich názory a stanoviska ze strany managementu a nedostatek odpočinku z důvodu nedostatku času. Nelze tedy z šetření přesvědčivě určit hlavní příčinu psychické zátěže. *Proto můžeme konstatovat, že se nepotvrdila hypotéza 3, že nedostatek zdravotnického personálu je hlavní příčinou psychické zátěže sester.*

Všeobecně si hodně lidí myslí, že interna je klidnější a ne tak náročný obor jako chirurgie. Slyšela jsem i formulaci, že chirurgie je královnou medicíny. Závěrem lze ale říci, že z ošetrovatelského pohledu se výsledky na interním a chirurgickém oddělení nijak výrazně neliší. Může to být způsobeno tím, že tyto obory jsou si zaměřením svých výkonů dosti blízké. Mají společné faktory způsobující psychickou zátěž, ale i faktory pro ně specifické. Tyto dvě složky mohou být dosti v rovnováze.

K lepšímu zvládnutí psychické zátěže může přispět jak zaměstnavatel, tak i sestra sama. Zaměstnavatel by měl zabezpečit možnost regenerace, pečovat o bezpečnost sester, mapovat zátěž, management by mohl zvýšit participaci pracovníků na rozhodování. Určitě sem patří i péče o psychické zdraví sester, například nabídky programů k osvojení dovedností nutných pro předcházení stresu, podpůrných programů zaměřených na osobnostní rozvoj a podobně. Sestra by si měla najít čas na své záliby, přátele, dodržovat správnou životosprávu, udržovat se v dobré tělesné kondici, snažit se „nenosit si práci domů“ a v neposlední řadě si osvojit efektivní strategie zvládnutí zátěžových situací. V práci by se měla snažit o udržení dobrých vztahů, pokud je to možné - předcházet časovému tlaku například určením správných priorit a vhodných alternativ řešení problémových situací.

Tato práce má své pozitivní, ale i negativní stránky, kterými by se sestra neměla nadměrně trápit. S některými nepříznivými okolnostmi se dá „bojovat“, a nebo je můžeme přijmout jako skutečnost a najít si svůj osobní dobrý důvod proč přesto v této krásné profesi zůstat.

6. ZÁVĚR

Cílem šetření bylo zjistit způsoby, jak sestry zvládají psychickou zátěž. Cíl byl splněn. Šetření ukázalo, že sestry se většinou snaží o racionální zhodnocení situace nebo často požádají i své okolí o pomoc. Únikové a neefektivní metody používají jen zřídka. První hypotéza, že se sestry snaží o objektivní zhodnocení situace a efektivní vyřešení problému, se potvrdila. Druhým cílem práce bylo zjistit, možný vliv psychické zátěže na poskytovanou péči. Druhá hypotéza předpokládala, že psychická zátěž má negativní vliv na poskytovanou péči. Z výsledků šetření je zřejmé, že většina sester je přesvědčena, že psychická zátěž často ovlivňuje kvalitu poskytované péče, má negativní vliv na vztah k pacientovi a komunikaci s ním. Dále z výsledků vyplývá, že se sestrám často daří svou práci zkoordinovat k oboustranné spokojenosti v zájmu zajištění co nejlepší péče o pacienta, ale zároveň, že většina sester při psychické zátěži chybí. Druhá hypotéza byla potvrzena, cíl byl splněn. Třetím cílem bylo zjistit, co sestry postrádají ke zvládnutí psychické zátěže. Bylo zjištěno, že co se týče pracovního prostředí, všechny sestry hodnotí negativně prostředí osobní (místnost pro sestry, dostatek WC). Sestry by zvýšily především počet pomocného personálu a následně počet kvalifikovaných sester, většina sester si myslí, že zvýšený počet zdravotnického personálu může pozitivně ovlivnit pracovní atmosféru. Z odpovědí tázaných sester vyplynulo, že často vykonávají práci za pomocný personál, dále že se vedení většinou nezajímá o psychické zdraví sester a nejsou přizváni managementem k rozhodování. Bylo zjištěno, že sestrám se nedaří dostatečně odpočívat, a to hlavně z důvodu nedostatku času. Třetí hypotéza, že nedostatek zdravotnického personálu je hlavní příčinou psychické zátěže sester, nebyla potvrzena. Protože sestrám chybí více faktorů ke zvládnutí psychické zátěže, nelze z šetření přesvědčivě určit, který je hlavní. Cíl byl splněn.

Výsledky šetření budou předány sestrám z chirurgických a interních oddělení v nemocnicích v Jihlavě, Havlíčkově Brodě a Pelhřimově, aby získaly celkový přehled v rámci problematiky zvládnutí psychické zátěže sestrami a vedly je k zamyšlení nebo třeba i k řešení v této oblasti. Výsledky také dostanou vedení nemocnic k možné reakci a ke zlepšení pracovních podmínek a zdraví sester.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Vztah sestra – lékař*. In *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 2, 11 s. ISSN 1210-0404.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439.
4. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 420 s. ISBN 80-7178-735-3.
5. BLAŽKOVÁ, V. *Psychická pracovní zátěž*. [online]. [cit. 2008-19-03]. Dostupné z: <<http://mechatronik.blog.cz/0805/psychicka-pracovni-zatez>>.
6. GUČKOVÁ, M. *Fyzické a psychické zátěže sester na neurologii*: bakalářská práce. Brno: Katedra ošetrovatelství - Masarykova univerzita, Fakulta lékařská, 2006. 66 s., 4 příl.
7. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
8. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO a NZO v Brně, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
9. JOBÁNKOVÁ, BÁRTLOVÁ, S. *Je vzdělání sestry jen osobní problém?* Florence. Praha: Galén, 2006, roč. 2, č. 3, s. 44. ISSN 1801-464X.
10. JUŘENÍKOVÁ, P. et al. *Ošetrovatelství. Chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 2. část. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999. 236 s.

11. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství. Vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. 1. část. 2. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999. 228 s.
12. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: SZU, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7
13. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
14. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelství 1. díl*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 131 s. ISBN 80-7169- 551-3
17. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
18. KUKLÍK, R. BEZDĚKOVÁ, M. *Co trápí sestry ve zdravotnictví*. In Zdravotnické noviny ČR. Praha: 2006, roč. 55, č. 43, 12-14 s. ISSN 0044-1996.
19. LINDEMEIER, B. BERGER, S. *Psychické zátěže v pracovním prostředí*. [online]. [cit. 2005-26-09]. Dostupné z: <http://www.bozpinfo.cz/knihovna_bozp/citarna/clanky/ochrana_zdravi/psychicke_zateze050926.html>.
20. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vyd. Praha: Academica, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198.
21. Nařízení Vlády České republiky č. 178/2001 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci. Sbírka zákonů, 2001, č. 68, s. 3682.

22. Nařízení Vlády České republiky č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. Sbírka zákonů, 2007, č. 111, s. 5086.
23. PEČENKOVÁ, J., STRNAD, L., MILKA., D. Sociální opora sester. *Ošetřovatelství. Teorie a praxe moderního ošetřovatelství*, 2002, sv. 4, č. 1, s. 29 – 34.
24. POSPÍŠIL, J. *Řešení konfliktů a stresů*. 1. vyd. Plzeň: M. Pospíšil, 2007. 306 s. ISBN 978-80-903529-1-9.
25. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 264 s. ISBN 80-247-0185-5.
26. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9.
27. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
28. TUČEK, M., CIKRT, M., PELCHOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 328 s. + 16. ISBN 80-247-0927-9.
29. ÚZIS: *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zdravotnictví v číslech a názorech*. Praha: ÚZIS, 2008. ISBN 13-978-80-85047-35-6.
30. VLKOVÁ, J. *Psychické a fyzické zátěže sester pracujících s geriatrickými pacienty: bakalářská práce*. Brno: Katedra ošetřovatelství – Masarykova universita, Fakulta lékařská, 2007. 66 s. 13 příl.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Psychická zátěž

Stres

Zvládání stresu

Syndrom vyhoření

Sestra

Chirurgické oddělení

Interní oddělení

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník pro sestry

Dobrý den,

jmenuji se Marta Papežová a jsem studentkou Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Zabývám se tématem „Zvládání psychické zátěže sestrami“. Proto Vás prosím o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Kde není uvedeno jinak, zakroužkujte jednu odpověď. Ujišťuji Vás, že dotazník je anonymní a veškeré údaje v něm uvedené použiji výhradně ke zpracování mé bakalářské práce. Prosím o jeho pravdivé vyplnění. Vyplněný dotazník zalepte do obálky. Předem všem děkuji za čas věnovaný tomuto dotazníku.

1) Kolik je Vám let?

- a) 20-25 b) 26-30 c) 31-40 d) 41-50
e) 51 a více

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ b) PSS c) VZŠ d) VŠ – Bc. e) VŠ – Mgr.

3) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) do 5 let b) 6-10 let c) 11-20 let d) 21 let a více

4) Jak dlouho pracujete na standardním chirurgickém či interním oddělení?

- a) do 5 let b) 6-10 let c) 11-20 let d) 21 let a více

5) Pracujete v:

- a) jednosměnném provozu b) směnném provozu

6) Co se týče rodinných poměrů – jste:

- a) svobodná, bezdětná b) vdaná, bezdětná c) vdaná s dětmi
d) svobodná s dětmi e) rozvedená f) vdova s dětmi
g) vdova s dětmi žijícími již samostatně

- 7) Poznáte rizikové faktory (situace ohrožení) způsobující Vám psychickou zátěž při výkonu povolání?
- a) vždy b) často c) někdy d) zřídka e) nikdy

- 8) Na pracovní zátěž reagujete (uved'te u každé možnosti):

	vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
Pláčem					
Hněvem					
Podrážděně					
Strachem					
Zmatkujete					
Křičíte					
Nadáváte					
musíte něco dělat (popocházet, prásknout dveřmi..)					
hodně o stresu přemýšlíte (<i>úspěch, selhání, špatný stres</i>)					
apatii, pasivně					

- 9) Používáte ke zmírnění stresu nějaké návykové látky? (lze zaškrtnout i více odpovědí)
- a) kouření b) alkohol c) léky d) nějaké jiné návykové látky
- e) žádné

- 10) Snažíte se při výkonu povolání v případě psychické zátěže o racionální zhodnocení situace?
- a) vždy b) často c) někdy d) zřídka e) nikdy

- 11) Dojde-li k psychické zátěži, požádáte o pomoc své okolí?
- a) vždy b) často c) někdy d) zřídka e) nikdy

- 12) Snažíte se vyhýbat situacím, které by mohly vyvolat pochybnosti o Vašich odborných znalostech a kvalitách?
- a) vždy b) často c) někdy d) zřídka e) nikdy

13) _Máte tendenci oddalovat řešení problému při zátěžové situaci?

- a) vždy b) často c) někdy d) zřídka e) nikdy

14) Myslíte si, že si se zátěžovými situacemi dokážete poradit?

- a) ano, vždy b) ano, často c) někdy d) zřídka e) nikdy

(V případě odpovědi a) u otázky č. 14 přeskočte na otázku č. 16.)

15) Dokážete analyzovat příčiny neúspěšného zvládnání psychické zátěže?

- a) ano b) někdy c) ne

16) Pociťujete při pracovním vypětí některé z uvedených příznaků? (uveďte u každé možnosti)

	často	někdy	zřídka	nikdy
Bolesti hlavy, migrény				
Trávicí potíže				
Sval. napětí (bolesti) v oblasti krční a dolní části páteře				
Zvýšenou podrážděnost, úzkostnost				
Prudké a výrazné změny nálad				
Nadměrnou únavu				
Obtížnou koncentraci				
Poruchy spánku				
Zhoršenou kvalitu práce nebo snížení množství vykonané práce				

17) Označte prosím, máte-li některý z těchto pocitů v souvislosti s vykonáváním Vašeho povolání: (lze zaškrtnout více variant)

- a) dlouhodobé pocity vyčerpání b) negativní vztah vůči spolupracovníkům a klientům
- c) ztráta pocitu smysluplnosti vlastní profesní práce

24) Jak hodnotíte pracovní prostředí na Vašem oddělení z hlediska:

- a) osobního prostředí, zázemí (denní místnost, dostatek sprch, WC apod.) –
A/ výborné, B/ vyhovující, C/ špatné
- b) technického vybavení – A/ výborné, B/ vyhovující, C/ špatné
- c) možnosti stravování – A/ výborné, B/ vyhovující, C/ špatné
- d) hluku – A/ výborné, B/ vyhovující, C/ špatné
- e) teploty – A/ výborné, B/ vyhovující, C/ špatné

25) Co byste navrhoval(a), jestliže byste měl(a) možnost změnit počet zdravotnického personálu na Vašem oddělení?

Počet:

- a) kvalifikovaných registrovaných sester – A/ zvýšit, B/ snížit, C/ není třeba měnit
- b) neregistrovaných sester – A/ zvýšit, B/ snížit, C/ není třeba měnit
- c) lékařů – A/ zvýšit, B/ snížit, C/ není třeba měnit
- d) pomocného personálu – A/ zvýšit, B/ snížit, C/ není třeba měnit

26) Myslíte si, že zvýšený počet zdravotnického personálu na Vašem pracovišti může ovlivnit pracovní atmosféru?

- a) ano, pozitivně b) ano, negativně c) ne d) nevím

27) Stává se na Vašem oddělení, že vykonáváte práce, které sestřám nepřínáležejí (práce pomocného personálu)?

- a) často b) někdy c) zřídka d) nikdy

28) Jak hodnotíte na oddělení interpersonální vztahy mezi sestrou a sestrou?

- a) výborně b) dobře c) přijatelně d) špatně

29) Jak hodnotíte interpersonální vztahy mezi sestrou a lékařem?

- a) výborně b) dobře c) přijatelně d) špatně

30) Udržujete kontakty se svými spolupracovníky i mimo pracovní prostředí?

- a) ano b) ne

31) Zajímá se vedení nějakým způsobem o Vaše psychické zdraví (mapování spokojenosti sester, ocenění, pochvaly, nabídka podpůrných programů na osobnostní rozvoj apod.)?

- a) ano b) ne

32) Jste přizváni managementem sester k rozhodování (např. o ošetrovatelské péči, o nákupu oš. pomůcek, modernizaci, plánech přestavby, návrzích o prostorových změnách apod.)?

- a) ano, často b) ano, někdy c) ne

33) Vaše rodinné zázemí je pro vykonávání Vašeho povolání:

- a) vyhovující b) průměrné c) nevhovující

34) Myslíte si, že Vaše strava odpovídá racionální výživě?

- a) vždy b) často c) někdy d) zřídka e) nikdy

35) Kolik hodin denně spíte?

- a) více než 8 hod. b) 5 – 8 hod. c) méně než 5 hod.

36) Daří se Vám kompenzovat čas vyplněný intenzivní prací odpočinkem tak, že se cítíte v dobré psychické pohodě?

- a) ano b) ne

(V případě odpovědi a) u otázky č. 36 Váš dotazník končí.)

37) Co je důvodem nedostatečné kompenzace odpočinkem?

- a) nedostatek času b) pohodlnost c) neumím odpočívat
d) finanční důvody e) zdravotní důvody f) jiné důvody

(prosím uveďte):