

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Náročnost práce sester na standardním oddělení interního typu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Lucie Rolantová

Autor:
Markéta Kolářová

2011

Abstract

The difficulty of the work of nurses at standard level internal wards

This Bachelor's Thesis deals with the issue of the difficulty, or level of physical and psychological demand, of nurses at standard level internal hospital wards. The internal ward is one of the basic wards included in hospital care. It is here that patients with internal organ ailments are hospitalized, and treatment lies in a conservative approach.

The work of nurses at a standard level internal ward consists in providing quality health and nursing care. The nurse knows all the illnesses that occur here as well as their treatment and complications. She is also expected to be empathic and patient. Because she is in daily communication with doctors, patients, and their families, she must know all the principles of assertive communication.

The job description of the nurse includes satisfying the needs of patients, participating in diagnostic operations, fulfilling the orders of the doctor, and preparing nursing documentation. The sister does not always witness a happy ending to each treatment. All these factors place a burden on the entire organism from both a psychological and physical standpoint.

The objective of this Bachelor's Thesis is to map out the difficulty of the work of nurses at a standard level internal ward. To achieve this objective, qualitative research investigation was carried out using a semi-structured interview. The research base was formed by nurses from the internal wards of the hospital in České Budějovice (Nemocnice České Budějovice a. s.) and the Jindřichův Hradec hospital (Nemocnice Jindřichův Hradec a. s.).

The interviews with the respondents were transcribed into case reports and further processed into categorization tables. The results clearly show that the work of nurses at standard level internal wards is very difficult and demanding from both the physical and the psychological side. The case reports and tables also show another piece of important information – signs of „burn-out“ syndrome and the influence of stress on the work of the nurses, relaxation techniques of the nurses, satisfaction with financial compensation, and much more.

On the basis of the results, an informational brochure for nurses was drawn up that includes relaxation techniques such as autogenous training, meditation, and yoga.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: Náročnost práce sester na standardním oddělení interního typu jsem 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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....
Markéta Kolářová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Lucii Rolantové za odborné vedení, cenné rady a ochotu při psaní bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Charakteristika standardního interního oddělení.....	4
1.1.1 Nejčastější choroby u pacientů na interním oddělení.....	4
1.1.2 Nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů na interním oddělení.....	7
1.2 Patofyziologie stárnutí.....	8
1.2.1 Imobilizační syndrom.....	10
1.2.2 Problematické situace v péči o seniory.....	11
1.3 Role sestry.....	12
1.3.1 Charakteristika práce sestry na standardním oddělení.....	12
1.3.2 Vztah sestra- pacient.....	13
1.3.3 Etický kodex sester.....	13
1.3.4 Charta pracovníků ve zdravotnictví.....	14
1.4 Komunikace.....	14
1.4.1 Komunikace se seniory.....	15
1.4.2 Komunikace s umírajícím.....	15
1.5 Náročnost práce sester.....	16
1.5.1 Fyzická zátěž.....	16
1.5.2 Psychická zátěž.....	17
1.5.3 Psychologie práce ve skupině.....	17
1.5.4 Stres.....	18
1.5.5 Syndrom vyhoření	20
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	24
2.1 Cíl práce.....	24
2.2 Výzkumné otázky.....	24
3. Metodika.....	25
3.1 Metodický postup.....	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	25

4. Výsledky	26
4.1 Kazuistiky respondentek	26
4.2 Kategorizace dat v tabulkách	37
5. Diskuse	49
6. Závěr	55
7. Přehled použitých zdrojů	57
8. Klíčová slova	60
9. Přílohy	61

Úvod

„Zdraví je nejdůležitější kvalita těla“

(Aristoteles)

Na standardní interní oddělení se dostávají pacienti s velmi širokým spektrem onemocnění vnitřních orgánů, ke kterým se přidružují další problémy v souvislosti s věkem a degenerací.

Práce sestry na standardním interním oddělení spočívá v poskytování kvalitní zdravotnické a ošetrovatelské péče. To znamená, že sestra musí perfektně znát všechny choroby, které se zde vyskytují, jejich léčbu a komplikace. Zároveň musí být empatická a trpělivá. Jelikož denně komunikuje s lékaři, pacienty a jejich rodinami, musí znát zásady asertivní komunikace.

Sestra zastává na oddělení různé role- uspokojuje potřeby pacientů, podílí se na diagnostických výkonech, plní ordinace lékaře, zpracovává ošetrovatelskou dokumentaci, setkává se s ne vždy šťastným koncem léčby. Veškeré tyto faktory jsou zátěží na celý organismus- po duševní i tělesné stránce.

Téma „Náročnost práce sester na standardním oddělení interního typu“ jsem si vybrala hned z několika důvodů. V poslední době je stále více soustředěna pozornost na poskytování akutní péče, na neustále se rozvíjející technické vybavení ve zdravotnických zařízeních, což je samozřejmě nezbytnou a velmi důležitou součástí zdravotní péče. Poněkud se ale zapomíná na poskytování péče na standardních odděleních včetně interního. V rámci své praktické výuky jsem měla možnost poznat práci sester na interním oddělení a právě to byl také jeden z důvodů, proč jsem se chtěla věnovat blíže této problematice.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika standardního interního oddělení

Interní oddělení je jedno ze základních oddělení patřících do nemocniční péče a je neméně důležité než ostatní obory. Na tomto oddělení se léčí pacienti s onemocněním vnitřních orgánů. Léčba spočívá především v nechirurgickém, konzervativním řešení. V medicíně se obor, který se zabývá léčbou vnitřních orgánů, nazývá vnitřní lékařství. Postupem doby a vývoje začaly vznikat různé specializace tohoto oboru, díky kterým je dnes možné poskytovat odbornější péči. K těmto specializovaným podoborům vnitřního lékařství patří: pneumologie, zabývající se léčbou plicních onemocnění; kardiologie, specializovaná na onemocnění srdce; hematologie, která se zabývá nemocemi krve; revmatologie, léčící nemoci kloubů a pohybového aparátu; gastroenterologie, která se zabývá léčbou zažívacího traktu; endokrinologie, neboli léčba žláz s vnitřní sekrecí; hepatologie, specializovaná na nemoci jater; nefrologie, která se soustřeďuje na onemocnění ledvin a diabetologie, zabývající se poruchami slinivky břišní a metabolismu cukrů v krvi (10, 16, 25, 32).

Interní oddělení se dělí do několika částí. Příjem pacienta začíná většinou na ambulanci, poté je vyšetřen na vyšetřovací části interního oddělení. Pokud lékař rozhodne o nutnosti hospitalizace, je pacient uložen na standardní lůžkové oddělení. Při vážných stavech probíhá léčba a monitorace na akutní části interního oddělení, neboli na jednotce intenzivní péče. V této práci bude zmíněna standardní lůžková jednotka (10, 16, 25, 32).

1.1.1 Nejčastější choroby u pacientů na interním oddělení

Na interním oddělení jsou léčeni pacienti všech věkových kategorií s onemocněním vnitřních orgánů. Nejčastější choroby, které se zde vyskytují, jsou stručně popsány v následujících řádcích.

Diabetes mellitus se také nazývá úplavicí cukrovou nebo cukrovkou. Jedná se o onemocnění s porušeným metabolismem cukrů. Při diabetu dochází ke snížené tvorbě inzulínu v Langerhansových ostrůvcích slinivky břišní nebo k sníženému účinku

inzulínu na receptorech ve tkáních. Je známo několik druhů diabetu- diabetes mellitus I. typu, diabetes mellitus II. typu, sekundární diabetes, gestační diabetes a snížená glukózová tolerance. Na interním oddělení se nejčastěji setkáváme s diabetem mellitem II. Typu. Pro tento typ je charakteristický nedostatek inzulínu u otlých osob nebo snížená citlivost inzulínových receptorů. Pacienti s tímto typem diabetu nejsou závislí na léčbě inzulínem. Nejdříve léčba začíná dietou, pohybovou aktivitou a teprve poté se nasazují perorální antidiabetika. Diabetes mellitus II. typu se projevuje hyperglykemií, glykosurií, polyurií a následně polydipsií. Mezi komplikace diabetu patří akutní hypoglykemické koma, akutní hyperglykemické koma, diabetická angiopatie, retinopatie, nefropatie, neuropatie a diabetická noha. Akutní hypoglykemické koma je závažný stav, při kterém dochází k rychlému úbytku krevního cukru pod hraniční hodnoty. Příznaky nastupují velmi rychle, jedinec se potí, má hlad, třes celého těla, nemůže se soustředit, je zmatený, má poruchy ostrosti zraku, křeče a může vypadat jako opilý. Tento stav může vyústit až v koma. Akutní hyperglykemické koma nastává při glykémii nad 15 mmol/l, kdy diabetik nedodrží dietu, aplikuje si nízké dávky inzulínu, trpí nějakou infekcí či má nedostatek pohybu. Příznaky v tomto případě nastupují až po několika hodinách až dnech. Jedinec má žízeň, zvýšené močení, zvracení, dýchá zhluboka, z dechu je cítit aceton. Tento pacient se léčí inzulínem. Diabetickou angiopatii lze vysvětlit jako poškození velkých i malých cév aterosklerózou, ke kterému dochází následkem dlouhodobé hyperglykemie. Retinopatie u diabetu znamená poškození cév na sítnici a následnému zhoršení zraku. Nefropatie je poškození malých cév v glomerulu, které vede k ledvinnému selhání. Diabetická neuropatie znamená poškození periferních nervů, kdy dochází ke ztrátě citlivosti. Diabetickou nohou se označují všechny neuropatické a angiopatické změny na dolních končetinách, které jsou následkem diabetu. Mezi ně patří zhoršená citlivost, která může zavinit vznik puchýřů, otlaků a poranění, které se špatně hojí, nedostatečně se prokrvují a může tak dojít až k nekróze (16, 25, 26).

Dalším onemocněním vyskytujícím se na interním oddělení je hypertenze. Dle Světové zdravotnické organizace je hypertenze stálé zvýšení krevního tlaku nad hodnoty 140/90 mm rtuťového sloupce, které je naměřené dvakrát ze tří měření a to

při dvou návštěvách ordinace lékaře. Vysoký krevní tlak se rozděluje na primární a sekundární. U primární hypertenze se nezná příčina, ale faktory, které vznik hypertenze umocňují. Jsou to genetika, kouření, pití alkoholu ve zvýšeném množství, zvýšené solení, obezita a další. Sekundární hypertenze jde ruku v ruce s jiným onemocněním, které mimo jiné způsobuje vysoký krevní tlak, například renální, endokrinní, poléková, těhotenská hypertenze. Dle výšky krevního tlaku se dělí hypertenze na mírnou, středně závažnou, těžkou a hypertenzní krizi. Podle změn na orgánech se rozeznává hypertenze bez orgánových změn, s orgánovými změnami bez funkčních změn, s orgánovými změnami i s funkčními změnami a posledním stupněm je orgánové selhání. Hypertenze se léčí pomocí antihypertenziv, diuretik, vazodilatancí a režimovými opatřeními (16, 25, 26).

Jako další sem patří flebotrombóza. Flebotrombózou se rozumí výskyt krevních sraženin (trombů) v hlubokých žilách. Může být provázena zánětem, ale může být i bez zánětu. Flebotrombóza vzniká v důsledku nahromadění krve v žilách při imobilizačním syndromu nebo tzv. syndromu turistické třídy. Dalšími faktory pro vznik flebotrombózy je zvýšená krevní srážlivost, varixy, obezita, věk nad 70 let. Léčba spočívá v podávání antikoagulancií, trombolitik, antiagregancií, bandážování dolních končetin. U pacienta s flebotrombózou je vysoké nebezpečí plicní embolizace, proto je nutné sledovat dušnost, kašel, vykašlávání krve, cyanózu, náhlou úzkost, zrychlený puls, dýchání a poruchy vědomí (16, 25, 26).

Na interně jsou také hospitalizováni pacienti s nádorovým onemocněním. Nádor je růst buněk a tkání, který není nijak omezen. Dělí se na benigní a maligní nádory. Benigní nádory rostou ohraničeně, nemají metastázy, neopakují se. Maligní nádory rostou rychle, šíří se neohraničeně a často metastazují. Nádory se také dělí do osmi skupin, podle toho, ze které tkáně vyrůstají- mesenchymové, epitelové, neuroektodermové nádory, leukemie, smíšené nádory, mezoteliomy, choriokarcinomy. Nádory se klasifikují podle mezinárodní klasifikace TNM. Nádory se léčí chirurgicky, chemoterapií, cytostatiky, radioterapií, hormonální léčbou a imunologickou léčbou. Při hospitalizaci onkologického pacienta se klade velký důraz na kvalitní uspokojování potřeb pacienta, individuální přístup, empatii ze strany zdravotnického personálu,

na psychickou podporu pacienta a v neposlední řadě na komunikaci a spolupráci s rodinnými příslušníky (16, 25, 26).

1.1.2 Nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů na interním oddělení

Mnoho onemocnění vnitřních orgánů má společné ošetrovatelské problémy neboli diagnózy. V této kapitole jsou zmíněny ty nejčastější (25).

Porucha soběstačnosti- sebeděže je často snížena v souvislosti s onemocněním pohybového aparátu, imobilizací, demencí, či poruchami vědomí. Tito pacienti zpravidla nejsou schopni vykonat osobní hygienu, samostatně přijímat potravu, oblékat se, ani vyprazdňovat. Cílem sestry je zcela nebo alespoň částečně navrátit pacientovi soběstačnost a pokud to není možné, dopomoci pacientovi. Aby sestra mohla objektivně zhodnotit soběstačnost pacienta, používá různé testy k tomu určené. Například ADL (activities of daily living), neboli Barthelův test základních všedních činností, dále test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga, který modifikovala Staňková, a také klasifikace funkčních úrovní sebeděže podle Gordonové. Na základě těchto testů, anamnézy a pozorování sestra dokáže určit stupeň soběstačnosti a naplánovat tak ošetrovatelskou činnost (25).

Porucha hybnosti- příčin porušené chůze a pohybové aktivity je mnoho. Člověk, který trpí tímto problémem, má velké riziko pádu a imobilizace. Sestra na základě anamnézy zjistí stupeň pohyblivosti a určí si cíle, kterých lze dosáhnout kondičním cvičením, mobilizací pacienta- aktivní i pasivní, a v neposlední řadě nesmí zapomenout na prevenci tromboembolické nemoci u ležících pacientů (25).

Poruchy výživy- příčin, které vedou k poruchám výživy, je několik. Například dehydratace, dysfagie, dyspepsie, pyróza, nauzea, emesis, meteorismus, obstipace, diarhoe, to vše vede k nevyváženému stravování. Cílem sestry je, aby byl pacient dostatečně hydratován, aby přijímal vyváženou stravu, aby měl v normě tělesnou hmotnost a aby znal pravidla správné životosprávy. Stav výživy se zjistí anamnézou, fyzikálním vyšetřením, vypočítáním BMI (body mass index), měřením podkožního tuku a také vyšetřením krve (25).

Změny na kůži- na kůži pacientů se mohou vyskytovat dekubity, eroze, vředy,

rány a jiné defekty způsobené špatnou hygienou, poškozením kůže, nedostatečným prokrvením atd.. Cílem sestry je zhojení defektů, hydratace kůže, celistvost kůže. Existuje mnoho stupnic, podle kterých se zjistí riziko vzniku poškození kožní celistvosti. Stupnice dle Nortonové ukazuje riziko vzniku dekubitů a je také nejčastěji užívanou. Dále je známa Waterlowova škála, stupnice dle Bradenové atd. (25).

Poruchy vyprazdňování- mnoho hospitalizovaných pacientů trpí poruchou vyprazdňování hned z několika důvodů- změna prostředí, dehydratace, nedostatek vlákniny v potravě, snížená tělesná aktivita, psychické obavy. Cílem sestry je zajistit fyziologické vyprazdňování, soukromí pacienta při vyprazdňování, dostatek tekutin a správnou hygienu po vyprázdnění (25).

Bolest- jeden z velmi častých ošetrovatelských problémů. Akutní bolest bývá krátkodobá a je varovným signálem. Chronická bolest je dlouhodobá, může způsobit až psychické potíže. Cílem sestry je bolest zmírnit nebo odstranit. Pro určení stupně bolesti existují také škály, kde se zjistí intenzita bolesti, místo bolesti, charakter bolesti a časová nebo jiná závislost (25).

Poruchy spánku- zahrnují poruchy usínání, časté buzení během spánku, zvýšenou spavost a spánkovou inverzi. Cílem sestry je kvalitní spánek pacienta. Proto zajistí klidné prostředí, vyvětraný pokoj, pacienta seznámí se spánkovými rituály a informuje ho o činnostech, které usnadní usínání (25).

1.2 Patofyziologie stárnutí

Gerontologie je vědní obor, který se zajímá o problematiku spojenou se stářím. Jelikož většina pacientů, kteří se léčí na interním oddělení jsou lidé vyššího věku, je nutné přihlížet při léčbě a ošetřování i k těmto specifikám (16, 25).

Stáří je naprosto přirozený stav v životě člověka. Proces stárnutí začíná u každého jedince tehdy, jakmile spatří světlo světa, akorát u každého probíhá jinou rychlostí. Stárnutí těla a duše ovšem nejde ruku v ruce, proto mladý člověk může být po duševní stránce mnohem starší než vypadá a naopak starý člověk se může chovat a myslet jako mladistvý. Světová zdravotnická organizace rozděluje věk do několika stadií. Střední věk začíná čtyřicátým pátým rokem a končí padesátým devátým. Pak

nastává období vyššího věku, neboli stáří, presenia. To zahrnuje období od šedesáti do sedmdesáti čtyř let. Dále přichází stařecký věk, neboli senium, do kterého patří lidé ve věku sedmdesát pět až osmdesát devět let a osoby starší devadesáti let označujeme jako dlouhověké (16, 26).

Při procesu stárnutí jedinec prochází různými změnami. Po stránce tělesné jedinec ztrácí sílu, přestává být výkonný jako dřív, začínají se zhoršovat funkce gastrointestinálního traktu, funkce srdce a cév, plic, ledvinového systému a pohybového aparátu, snižuje se pružnost kůže, klesá a zastavuje se činnost pohlavních žláz a tím i schopnost rozmnožování se. Dále jedinec prochází obdobím, kdy se zhoršuje kvalita všech smyslových funkcí, to znamená sluchu, zraku, chuti, čichu i hmatu. Po stránce mentální dochází ke zhoršování funkcí mozkové tkáně, krátkodobé paměti, zpomalují se reakce na podněty, spánek se stává nekvalitním, graduje nestálost a proměnlivost emocí, přichází obavy z budoucnosti, nemoci, smrti. Mnohdy mohou nastávat depresivní stavy a jiné duševní poruchy. Během stárnutí nastává také mnoho změn v oblasti společenského života. Jedinec opouští své zaměstnání a odchází do důchodu, mění se jeho finanční stránka, setkává se se smrtí blízkých přátel nebo svého životního partnera, může se cítit osamělý a nedůležitý pro své okolí (16, 26).

Demence se také může vyskytovat u geriatrických pacientů. Demence je soubor příznaků, které se rozvíjí v důsledku onemocnění mozku. Dochází k ubývání funkcí intelektu, zhoršování paměti, orientace, poruchám emocí a jednání. Mezi nejčastější příčiny demence patří Alzheimerova choroba, poté vaskulární demence, korová nemoc s Lewyho tělísky, Parkinsonova choroba, alkoholismus a onemocnění AIDS. Demence se často nazývá jako nemoc stáří. Jsou známé případy, kdy se demence objeví před 65. rokem, ale většinou se vyskytuje u velmi starých lidí. U demence jsou typické dva jevy. Prvním je narušení ukládání do paměti, to znamená, že jedinec není schopný přenést vjemy z krátkodobé paměti do dlouhodobé. To tedy znamená, že si nezapamatuje skutečnost, která se odehrála před 20-30 vteřinami. Druhým jevem je postupný rozpad dlouhodobé paměti. Tento jev se vyskytuje u středních a těžkých forem demence. Rozpad dlouhodobé paměti začíná zapomináním událostí, které se odehrály v blízké době, a postupuje k událostem starším a starším, až nakonec jedinci zůstane v paměti

jen jeho prvních pár let života. Po čase vymizí i tato paměť na ranné dětství a to signalizuje blízký příchod smrti (4, 28).

1.2.1 Imobilizační syndrom

Pod pojmem imobilizační syndrom se rozumí soubor příznaků projevujících se u dlouhodobě ležících a inaktivních osob. Příčinou imobility mohou být poruchy pohybového aparátu, věk, bolest, slabost celého organismu či deprese. To, že jedinec zůstane upoután na lůžku, se projeví ve všech systémech organismu. U pohybového aparátu dochází ke ztrátě svalové síly a to rychlostí až 20% během jednoho týdne stráveného na lůžku. Svaly nemají dostatečnou aktivitu, proto dochází k jejich atrofii. Po čtrnáctidenní imobilitě začínají řídnout kosti a již druhý den se začínají demineralizovat. Klouby jedince začínají tuhnout v jedné poloze a dochází k ankyloze. V neposlední řadě se zkracují svaly- a to především ohybače na dolních končetinách. V kardiovaskulárním systému dochází ke zpomalení průtoku krve, jehož následkem je ortostatická hypotenze- pokud se jedinec vertikalizuje, klesá krevní tlak. Stáza krve je nebezpečná pro vznik krevních sraženin v žilách hlavně dolních končetin a pánevního řečiště. Tyto tromby znamenají vysoké riziko pro embolizaci do plic. Dlouhodobě ležící jedinec má sníženou plicní ventilaci, dýchá mělce a následkem je nedostatečné odkašlávání, hromadění hlenu v plicích až vznik pneumonie. V gastrointestinálním traktu dochází ke zpomalení peristaltiky žaludku a střev, proto jedinec trpí nechutenstvím, poruchami trávení, nadýmáním a zácpou. V močových cestách se následkem gravitačních sil hromadí moč, která je koncentrovaná a hrozí vznik močových kamenů a zánětů. Na kůži se objevují opruzeniny, atrofie až dekubity. Psychika jedince upoutaného na lůžku reaguje zmateností až deliriem, depresí či demencí (16, 26, 33).

Dekubitus, neboli proleženina, je ohraničená nekróza tkáně, která vzniká z různých příčin. Tyto příčiny lze rozdělit na vnější a vnitřní, přičemž mezi vnější patří neustálý tlak na místo na kůži, který způsobuje porušení krevního zásobení v tkáni. Tyto dekubity se vyskytují v místech, kde pod kůží vyčnívá kost. Proleženina může vzniknout, pokud dochází ke tření pokožky, kdy se jedinec postupně sesouvá

po podložce. Vyskytují se nejčastěji na zádech. Střížný efekt je také příčinou vzniku proleženin a dochází k němu při špatné manipulaci s jedincem. V tomto případě se podkoží odtrhne od svalu a vytvoří se hematoma, který zabraňuje prokrvení části pokožky. Do vnitřních příčin lze zahrnout choroby, jejichž následkem je zhoršené periferní prokrvení, jako například diabetes mellitus. Dále sem patří osoby ve finálním stadiu života, podvýživa a imobilita. Proleženiny se rozdělují do čtyř typů. Prvním typem je neblednoucí prokrvení, kdy kůže zůstává začervenalá i po jejím stlačení. Tento stav lze napravit při správné péči o postižené místo. V druhé fázi se objevuje puchýř, zde je nutné dbát na prevenci infekce. Ve třetí fázi proleženina zasahuje podkožní tkáň a sval, často je infikována. Čtvrtá, nejhorší fáze zasahuje jak podkoží a sval, tak i kost a vzniká odumřelá tkáň. Místa, kde nejčastěji vznikají dekubity, se nazývají predilekční. Liší se podle polohy, kterou jedinec zaujímá. Správnou ošetrovatelskou péčí, hygienou, polohováním, používáním antidekubitních pomůcek a aseptickým přístupem lze proleženinám předcházet nebo zabránit jejich zhoršování (24).

1.2.2 Problematické situace v péči o seniory

Problematické situace v péči o seniory se odvíjí od jistých změn, které stáří doprovázejí. Patří sem tělesné změny- vzhled, ztráta svalové hmoty, změna smyslového vnímání, poruchy hybnosti, změny zažívacího ústrojí, vylučovacího ústrojí; psychické změny- horší paměť, nedůvěra, citová labilita, snížené sebevědomí; sociální změny- odchod do důchodu, samota, smrt blízkých osob. Na všechny tyto změny může senior reagovat různě. Pokud senior zaujme konstruktivní přístup, znamená to, že rozvíjí své dosavadní aktivity, snaží se žít zdravě, udržuje se v kontaktu s přáteli. Ne každý se adaptuje tímto způsobem. Někdo se stává závislým na ostatních lidech. Snaží se být ve větším kontaktu s rodinou nebo se zdravotnickým personálem. Pokud senior není schopen vyrovnat se se změnami, snadno zaujímá nepřátelský postoj vůči svému okolí. Právě to vede k problémům v péči o seniory (30).

1.3 Role sestry

Pod pojmem role se rozumí určité očekávané jednání jedince, které ovlivňuje jeho postavení ve společnosti. Profesionální role je vzor chování, který je daný určitou profesí. Role sestry jsou dány společností a také mají svůj historický podklad. Role sester prošly v posledních letech mnohými změnami. Aby ošetrovatelská péče dosáhla určité kvality, je nutné, aby sestry získávaly nové vědomosti, širší rozhled, více poznatků. Povolání sestry má ve společnosti určité postavení, neboli image či prestiž, které se vyskytuje na vyšších pozicích. Proto sestra musí pracovat tak, aby svoji prestiž obhájila nebo ještě více zlepšila. Sestra poskytuje svoji péči na základě potřeb nemocného a jeho problémů, navozuje nemocnému pocit bezpečí, dokáže svoji emoční stránku potlačit ve prospěch racionality. To jsou základní charakteristické znaky role sestry (5).

V současnosti, kdy se ošetrovatelství vyvíjí jako vědecká disciplína, sestra plní především tyto role: 1. poskytovatelka ošetrovatelské péče- sestra poskytuje ošetrovatelskou péči na základě holistického přístupu, 2. manažerka- sestra řídí a organizuje ošetrovatelské činnosti, její práce je tak koordinovaná a efektivní, 3. edukátorka- sestra edukuje jedince a skupiny za účelem zachování a obnovy zdraví, 4. advokátka- sestra obhajuje pacienta, jeho zájmy, hájí jeho práva, 5. nositelka změn- sestra přináší nové změny do ošetrovatelství, nebrání se novým postupům a změnám, ale preferuje je, 6. výzkumnice- sestra aktivně provádí výzkumnou činnost v ošetrovatelství, 7. mentorka- sestra ochotně předává informace studentům a dohlíží na ně (5).

1.3.1 Charakteristika práce sestry na standardním lůžkovém oddělení

Vedení tohoto oddělení tvoří vedoucí lékař s vrchní nebo staniční sestrou. Sestry na standardním interním oddělení poskytují péči především pacientům vyššího věku s onemocněním vnitřních orgánů. Poskytují pacientům běžnou ošetrovatelskou péči, podílejí se na diagnostických činnostech, jako jsou například odběry biologického materiálu, příprava a doprovod pacientů na různá vyšetření. Dále sestra provádí terapeutické výkony, do kterých patří podání léků mnoha způsoby. Sestra se také podílí

na prevenci, a to primární, sekundární i terciální. V neposlední řadě zastává funkci administrativního pracovníka. Sbírá od pacientů anamnézu, podle které vyplňuje obsáhlou dokumentaci, tvoří ošetřovatelské diagnózy. Také vypisuje žádanky na vyšetření, vyhodnocuje a zakládá výsledky (16, 25).

1.3.2 Vztah sestra- pacient

Sestra v tomto vztahu zastává roli strážkyně pacienta. Je s pacientem v mnohem bližším kontaktu, než je lékař. Sestra je pacientovi nablízku po celou dobu jeho hospitalizace, uspokojuje jeho potřeby nebo mu s nimi pomáhá. Zajišťuje pacientovi jeho přání, informuje ho o nových informacích. Zároveň je v kontaktu s lékařem, je tedy takovým prostředníkem. Sestra sleduje průběh léčby u pacienta, jeho reakce na ni a vše konzultuje s lékařem. Všimá si během každodenních činností i při poskytování ošetřovatelské péče psychického stavu pacienta (1).

1.3.3 Etický kodex sester

Náplní práce sestry je péče o člověka. Toto povolání je vzhledem k nutné profesionalitě velmi náročné. Kodex sester určuje pravidla, podle kterých by měla sestra uznávat morální přesvědčení a hodnoty. Pacient od sestry očekává, že mu bude psychickou podporou, zvládne bez problémů fyzickou náročnost svého povolání a dokáže vyřešit další problémy, které se v souvislosti s touto profesí vyskytují. Sestra je odborný pracovník, který plně odpovídá za veškerá svá jednání a rozhodování. Kodex sester byl přijat Českou asociací sester a Mezinárodní radou sester. Tyto organizace kontrolují jeho obsah. Sestra má podle kodexu podporovat zdraví, předcházet nemocem, podílet se na návratu zdraví a zmírnění utrpení nemocných. Sestra musí respektovat život, důstojnost a práva člověka. Poskytnutá ošetřovatelská péče nesmí být ovlivněna rasou pacienta, jeho vírou, barvou pleti, věkem, pohlavím, ani politickým či sociálním postavením. Sestra a pacient- povolání sestry zahrnuje povinnost poskytnutí pomoci lidem, kteří ji potřebují. Musí přitom ctít jejich práva a důstojnost. Sestra a praxe- sestra je plně zodpovědná za své jednání a rozhodování. Poskytuje pacientům nejlepší možnou ošetřovatelskou péči. Sestra a spolupracovníci- sestra se podílí na týmové práci s ostatními zdravotnickými pracovníky. Týmová práce je pro ošetřovatelství velkým

přínosem. Zdravotníci se navzájem respektují. Sestra a profese- sestra jde příkladem, aktivně získává nové znalosti a aplikuje je v ošetrovatelském procesu. Sestra a společnost- sestra informuje veřejnost o determinantách ovlivňujících zdraví, svým životním stylem jde společnosti příkladem (6, 13).

1.3.4 Charta pracovníků ve zdravotnictví

Chartu pracovníků ve zdravotnictví vydala Papežská rada. Je rozčleněna do tří témat. První se nazývá Plození, druhé Život a třetí Umírání. Může být inspirací pro zdravotníky jak věřící, tak nevěřící. Dnešní doba je, ať chceme nebo nechceme, ovlivněna křesťanstvím. A právě křesťanství považuje činnost zdravotnických pracovníků za jakési svědectví. Proto i pro nevěřícího zdravotníka může být poučením o cítění, chování a etickém vědění (6).

1.4 Komunikace

Pro pojem komunikace existuje mnoho definic. Komunikace je proces, kdy si dva či více jedinců předávají mezi sebou informace. Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Pokud jedinec verbálně komunikuje, znamená to, že předává informace, svoje myšlenky či mínění pomocí slov. Neverbální komunikace je přenos informací bez pomoci slov. Patří sem například vizika, neboli kontakt z očí do očí; mimika, tedy výraz ve tváři; kinetika, která představuje celkový postoj těla. Dále do neverbální komunikace zahrnujeme gestiku čili pohyby rukou, haptiku, při které komunikujeme pomocí doteků, a ještě mnoho dalších (19, 30, 31).

V povolání sestry je důležité komunikovat s nemocnými profesionálně. Profesionální komunikace se v praxi dělí do tří oblastí. První z nich je sociální komunikace, kdy sestra s pacientem hovoří během všedních denních činností. Tato komunikace je vhodná pro vytváření vzájemných vztahů a důvěry. Druhým typem je specifická, strukturovaná komunikace, kdy sestra pacientovi předává důležité informace týkající se jeho léčby. Sestra pacienta edukuje a ověřuje si jeho zpětnou vazbu, zda vše pochopil. Třetí a poslední oblastí je terapeutická komunikace, kdy sestra poskytuje pacientovi psychickou podporu a pomocí komunikace mu pomáhá přizpůsobit se

určitým změnám (19, 30, 31).

1.4.1 Komunikace se seniory

Jelikož na interním oddělení jsou hospitalizováni především pacienti vyššího věku, je potřeba znát zásady komunikace se seniory a zároveň s nemocnými lidmi. Člověk se s přibývajícím věkem mění v oblasti fyzické, emoční, kognitivní i psychosociální. Proto zdravotničtí pracovníci musí přizpůsobit komunikaci stavu pacienta. Lidé vyššího věku mohou mluvit pomaleji, proto je velmi důležité mít při komunikaci dostatek času a trpělivosti. Senioři také mohou často trpět nedoslýchavostí. V tomto případě se musí mluvit pomalu, zřetelně, v krátkých větách, hlasitěji, nižším tónem a je nutné navazovat oční kontakt. Když se k pokročilému věku přidá ještě nějaké onemocnění, je komunikace ještě více obtížná. Nemoc je vnímána jako náročná životní situace, na kterou by se měl jedinec postupně přizpůsobit a vyrovnat (15, 19, 30, 31).

1.4.2 Komunikace s umírajícím

Na interním oddělení sestra přichází do styku se smrtí pacienta. Názory na péči o umírajícího se liší. Umírající člověk nám často připomene smrt někoho blízkého nebo smrtelnost nás samých. Sestra může být v této situaci frustrována, protože proces smrti nemůže zastavit. Komunikace s umírajícím člověkem závisí na fázi, ve které se dotýčný nachází. Elisabeth Kübler- Rossová popsala fáze, kterými nemocný prochází po sdělení špatné diagnózy. Pokud se pacient nachází v prvním stadiu, tedy ve stadiu šoku a popření, sestra musí být trpělivá a snažit se, aby jí pacient důvěřoval. Pokud se nemocný přesune do stadia druhého, neboli hněvu a vzpoury, sestra ho nesmí napomínat za jeho chování, neuráží se. Ve třetím stadiu nemocný smlouvá s osudem, hledá zázračné léky. V tomto období musí být sestra trpělivá, snaží se pacienta navnadit, aby pokračoval v léčbě. Čtvrté stadium je typické smutkem a depresi, tehdy je dobré naslouchat, komunikovat s rodinou nemocného. Do poslední fáze nemusí dospět všichni nemocní. Je to fáze smíření, kdy se pacient loučí s rodinou, je smířen se svým osudem. Sestra by měla být nemocnému nablízku, dát mu najevo, že není sám. Nesmíme

zapomínat ani na rodinu a příbuzné, kteří také potřebují pomoc (18, 19, 30, 31).

1.5 Náročnost práce sester

Na vnímání náročnosti práce sester má vliv nejen fyzická a psychická zátěž, ale také finanční ohodnocení sester, nutnost celoživotního vzdělávání a sbírání kreditů, nízká prestiž sester ve společnosti a stále se rozšiřující kompetence. Právě náročnost práce sester se bude zkoumat v této práci, ale i přesto se zde obecně zmíní fyzická a psychická úskalí v práci sestry (7).

1.5.1 Fyzická zátěž

Mezi fyzickou zátěž při povolání sestry patří statické zatížení, to znamená, že sestra stojí u lůžka pacienta při různých výkonech nebo stojí u vizity. Do dynamického zatížení patří neustálé popocházení, pobíhání a vyřizování. Při práci sestry dochází k zatížení páteře, svalů, kloubů, dochází k riziku infekce, narušení spánku při nočních směnách. Aby byla pracovní zátěž v rovnováze, musí splňovat jistá kritéria. To znamená, že kapacita schopností člověka musí být v rovnováze nejen s požadavky, ale také s podmínkami, za kterých se vykonává. Pokud jsou si tato dvě kritéria rovna, znamená to, že je zátěž přiměřená. V případě, že jedna nebo druhá složka není rovna té druhé, mluvíme o nepřiměřené zátěži, která je nad limitem schopností jedince. K práci sestry patří fyzické manipulování s pacienty a jinými břemeny. To může mít za následky problémy především s vlastním pohybovým aparátem. Pokud sestry denně polohují a zvedají pacienty se zhoršenou nebo nulovou pohybovou aktivitou, je nemožné nepřekročit hranici, která je daná pro nejvyšší možnou hmotnost břemena. Jestliže ale sestra ví, jak bezpečně manipulovat s pacientem a tyto metody využívá, předchází tak vlastnímu poškození pohybového systému. Dalším důležitým faktorem v prevenci fyzického vyčerpání je i dodržování přestávek v pracovní době, kdy dle zákona č. 46/2004 Sb. musí být po nejdéle šesti hodinách práce přestávka na jídlo a odpočinek minimálně po dobu 30 minut (2, 3, 11, 27).

1.5.2 Psychická zátěž

Práce sestry znamená hlavně spolupráci a komunikaci s člověkem. Každý den se setkává s utrpením a bolestí nemocných. Nezřídka kdy přichází do styku se smrtí, se kterou se musí umět vyrovnat. Neustále a pečlivě sleduje stav nemocných, musí rychle rozhodovat a reagovat, za svá rozhodnutí nese velkou odpovědnost. Sestra musí umět improvizovat v jistých situacích, musí komunikovat s rodinou a příbuznými, řeší různé konflikty, provádí výkony, které mohou na ostatní působit odporně a při tom všem se ještě musí celoživotně vzdělávat a zdokonalovat. Tyto faktory a ještě mnoho dalších jsou psychickou zátěží pro sestru a každá psychická zátěž znamená riziko vzniku syndromu vyhoření. Každá sestra by proto měla znát zásady, jak se vyrovnat se zátěžovými situacemi a jak zvládat stres nejen v práci, ale i v osobním životě. Pro každého jedince je vnímání stresu odlišné, proto neexistuje jeden vzorec pro zvládání stresových situací, ale každý sám se musí naučit, jak stres zvládat. Důležité je stanovit si jisté hranice mezi sestrou a pacientem. Samozřejmě, že se v určitých směrech prolínají, ale je nutné vědět, co je věc sestry a co je věc pacienta. Za tuto pomyslnou hranici se nemůže zasahovat ani si za ní nechat zasahovat. Přesto musí být sestra empatická a k pacientovi přistupovat holisticky (11, 12).

1.5.3 Psychologie práce ve skupině

Práce sester v nemocničním zařízení je jednoznačně skupinovou prací. Mezi sestrami vznikají vztahy, které jsou různé intenzity a různé kvality, spolupracovníci se mezi sebou ovlivňují, plní jisté úkoly. Aby práce ve skupině lidí fungovala, musí mít určitou strukturu, každý má svou funkci a úkol. U sester se také rozlišuje určitá hierarchie. Nejvyšší postavení má hlavní sestra, nazývaná také jako náměstkyně pro ošetřovatelskou péči nebo také ředitelka ošetřovatelské péče. Do jejích povinností patří řízení a kontrola ošetřovatelských jednotek, oddělení hygieny, epidemiologie, oddělení výchovně-vzdělávací. Další funkcí v nemocničním zařízení je vrchní sestra, neboli manažerka. Je nadřízenou všech sester, které pracují na více ošetřovacích jednotkách pod jedním oborem. Vrchní sestra spolupracuje s primářem daného oddělení. Pod vrchní sestrou je z hlediska funkčního zařazení staniční sestra. Ta

vede ošetrovací jednotku, je zkušená ve svém oboru a má několikaletou praxi. Je spolupracovnicí vedoucího lékaře oddělení a plní mnoho dalších povinností, například: kontrola práce směnových sester, organizace služeb sester, objednávání léků, prádla, diet, je přítomna při předávání hlášení sester, vykonává sesterskou vizitu, vypracovává záznamy o jednotce atd. Podřízenými staniční sestry jsou směnové sestry. Z tohoto rozdělení jsou zřetelné úkoly, pravomoci a odpovědnosti každého pracovníka ve skupině. Sestry na jedné ošetrovatelské jednotce mají stejný cíl práce- kvalitně provádět ošetrovatelskou péči a podílet se na uzdravení pacientů na daném oddělení. Také spolupracují s jinými zdravotnickými pracovníky- lékaři, laboranty, pomocným personálem. To znamená, že vytváří tým. Každý člen v týmu vykonává jiný druh práce a je za ní plně odpovědný (21, 27).

1.5.4 Stres

Výraz stres byl poprvé použit kanadským endokrinologem Selyem. Pro stres existuje více definic. Stres je stav, kdy dochází k psychické zátěži způsobené rušivými vlivy při snaze člověka dosáhnout nějakého cíle, jedinec se cítí nadměrně zatížen nebo ohrožen. Stres ztěžuje nebo brání jedinci v jeho snažení. Je to stav, kdy u člověka nastává situace, kterou vnímá jako ohrožující pro svoje tělo nebo mysl. Se stresem se setkává každý člověk, nelze se mu vyhýbat. Události, které stres způsobují, jsou stresory a reakce člověka na ně se označuje jako stresová reakce. Každý člověk je stresován něčím jiným. Činnosti, které mohou jednoho člověka stresovat, mohou druhému člověku dělat radost a bavit ho. Nejčastějšími stresory jsou traumata, např. katastrofy, války, vraždy. Stresorem bývají také situace, které se nedají nijak ovlivnit, např. úmrtí blízkých, nemoc, dále situace, jejichž doba vzniku nelze odhadnout a nastává pocit, že se nedají zvládnout. Další stresující situace nastávají tehdy, pokud má člověk podat výkon nad osobní hranice nebo je na něj vytvářen vysoký tlak z okolí, který ho nutí dělat mnoho změn najednou, pokud čelí konfliktům- ať už sám se sebou nebo s druhou osobou. Reakce na stres se dělí na psychické a fyzické. Mezi psychické patří úzkost, vztek, agrese, apatie až deprese. Mezi fyzické se zařazuje zrychlený metabolismus, tachykardie, rozšíření zornic, rychlé dýchání a hypertenze.

Tyto reakce jsou fyziologické- organismus se připravuje k boji nebo k útěku. Určitá míra stresu je zdraví prospěšná, nutí člověka překonávat překážky (8, 17, 20).

Stres rozdělujeme na dva typy. Prvním je eustres, neboli dobrý stres. Jedinec ho zažívá například při sledování detektivního filmu. Druhým typem je distres, špatný stres. V tomto případě se cítíme přetížení, nezvládáme ho, přestáváme mít nad věcmi nadhled. V dnešní době, kdy stále rostou požadavky na jedince a očekává se maximální nasazení v práci, se stále více lidí cítí stresovaných. Hlavními příčinami stresu v práci je neustálé zdokonalování techniky, jedinci se bojí, že ztratí zaměstnání nebo že budou muset opustit svůj domov a jít za prací někam jinam. Patří sem i fyzikální prostředí v práci- velmi stresující je prostředí, kde se práší, kde je velký hluk, nepřiměřená teplota a kde číhá nějaké nebezpečí (2, 17, 29).

Jelikož je stres proces, má fáze, ve kterých probíhá. První fází je aktivování obranných reakcí, neboli poplachová reakce. Nejdříve organismus reaguje automaticky- zrychlí se tep, zvýší tlak krve, krev se soustřeďuje do nejdůležitějších orgánů, do krve se vyplavuje cukr, tělo získává energii ze zásobních zdrojů. Jedinec pocítuje úzkost, strach, někdy i vztek. Stres způsobuje změnu uvažování a jednání. To může mít za následek zkratovitě reakce. Ve druhé fázi jedinec hledá strategie, pomocí kterých by situaci zvládl. Pokud si udrží kontrolu nad zátěžovou situací a nalezne způsoby, jak jí ovlivnit, situaci může vyřešit a jeho organismus se vrací zpět do normy. Jestliže ale toto řešení nenajde, nastává třetí fáze, kdy se rozvíjí potíže způsobené stresem. Jedná se o dlouhodobé potíže až vznik psychosomatických onemocnění (2, 23, 29).

Stres se může dále dělit na akutní a chronický. Akutní stres se odehrává v sekundách. Organismus vyvolá reflex boj-útek. Do krve se vyplaví hormony, mobilizuje se imunitní systém, aktivuje se sympaticko-noradrenalinový systém. Pokud byla situace dobře zvládnuta, v dalších podobných situacích bude organismus reagovat ještě lépe. Problém ovšem nastává při chronickém stresu. V krvi opět koluje noradrenalin, přidává se kortizol, který zpomaluje trávení a sexuální procesy. Při chronickém stresu ubývá cukr ve svalch, ubývá svalová hmota, stresové hormony zužují cévy v gastrointestinálním traktu, vznikají žaludeční vředy, dlouhodobě zvýšená hladina kortizolu v krvi způsobuje sníženou činnost imunity a tím i zvýšenou

náchylnost k nemocem. Aby se tedy jedinec chronickému stresu vyhnul, je důležité, aby po každém napětí přišlo uvolnění, tedy relaxace. V povolání sestry je dobré znát relaxační techniky a využívat je, najít si činnosti vhodné k odreagování a znát pravidla asertivního chování a využívat je v praxi. Asertivní chování je umění, ve kterém se kombinuje respektování druhých a současné prosazování sebe samého. Asertivita má svá pravidla chování, mezi které patří například: vyjádření vlastních pocitů, nebát se říkat ne, nebát se požádat o pomoc, přijímat kritiku a také umět kritizovat, umět přijmout a dát kompliment, umět uzavřít kompromis, atd. (2, 8, 17, 20, 23, 29).

1.5.5 Syndrom vyhoření

Termín syndrom vyhoření nazývaný také jako burnout syndrom poprvé použil H. J. Freudenberger v USA v roce 1974. Do dnešní doby byl syndrom vyhoření definován různě. Slovo syndrom znamená více symptomů neboli příznaků v různých kombinacích určujících nějaký chorobný jev. Syndrom vyhoření lze tedy definovat jako stav extrémní vyčerpanosti jedince a jeho snížené výkonnosti. Často vzniká jako následek dlouhodobého stresu, ale není označován jako nemoc, nýbrž proces, který se vyskytuje v průběhu kariéry jedince (2, 9, 14, 22).

Aby byl pochopen význam syndromu vyhoření, je potřeba rozlišit ho od jiných jevů jako jsou stres, deprese, únava a depersonalizace. Termín stres byl definován v předešlé kapitole. Deprese se mnohdy může podobat v určitých rysech syndromu vyhoření, ale je to duševní porucha, která se na rozdíl od syndromu vyhoření projevuje v každé situaci života jedince. Člověk trpící syndromem vyhoření se mění, když může dělat co ho baví nebo je na dovolené, ale jakmile se vrací zpět do pracovního procesu, objevují se opět depresivní prožitky. Únava při syndromu vyhoření se liší od únavy, kterou zažívá každý z nás. U té „obyčejné“ únavy si jedinec odpočine a je vše v pořádku. U syndromu vyhoření je únava stálá, spojená s pocitem selhání. Depersonalizace je také syndrom, který jde ruku v ruce s psychickými poruchami. Tito lidé se stávají sami sobě cizími, cítí změnu vlastní osobnosti, jako by byli neživí (2, 9).

Syndrom vyhoření se ve zvýšené míře vyskytuje u profesí, na které je kladena vysoká náročnost, a kde dochází ke každodennímu kontaktu s lidmi. Jedná se o tzv.

„pomáhající profese“. Pokud jedinec dlouhodobě pracuje na plné obrátky a neprojevívá se to na jeho ohodnocení nebo na výsledcích jeho úsilí, má nakročeno k syndromu vyhoření. Syndromem jsou tedy ohroženi zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, psychologové, právníci, policisté, duchovní atd. (2, 9).

Do syndromu vyhoření je zahrnováno emocionální, fyzické, psychické a sociální vyčerpání. Emocionální neboli citové vyčerpání se u jedince projevuje nezájmem o problémy jiných lidí. Jedinec se nechce vztahovat do situací ostatních, cítí se citově vyprahlý, nechce s lidmi být v kontaktu. Přestává se chovat empaticky, přestává mít radost z jakéhokoliv kontaktu s lidmi a to nejprve v práci, ale poté i v osobním životě a domácím prostředí. Jeho blízcí lidé, kteří mu byli dříve oporou a radostí, se najednou stávají příteží. Do psychického vyčerpání patří náhlá změna postojů k životu, k lidem i k sobě samému. Pro vyhořelého člověka představuje život jeden velký problém, kdy je všechno špatně a všichni na něj kladou nároky. Jedinec se chová pesimisticky, cynicky, nechce ani slyšet o nových změnách a novinkách, snižuje se mu sebevědomí, nesoustředí se jako dřív, začíná zapomínat, chce mít od všeho klid. Objevuje se utlumení jeho aktivit a tvořivosti, dělá pouze rutinní a stereotypní činnosti, nevidí smysl své práce ani života. Do fyzického vyčerpání se zahrnuje tělesná únava, málo energie, slabost a bolesti pohybového aparátu. Jedinec se rychle unaví i po malé aktivitě, cítí se jako rozlámaný. Tělo si vyžaduje více spánku, ale i ten je nekvalitní a jedinec se ráno budí neodpočatý. Jedinec mění stravování, někdo nemůže jíst a hubne, jiný jí nadměrně a přibírá, častý je také sklon k užívání alkoholu, cigaretám a jiným návykovým látkám. Sociální změny jsou výsledkem vyhýbání se ostatním lidem- nejdříve se jedinec vyhýbá pacientům, poté i kolegům a nakonec všem lidem. Dochází tak k podrážděnosti, konfliktům v práci i v soukromí. Vyhořelý člověk nemá zájem o názor ostatních, je lhostejný až apatický (2, 9, 14, 22).

Příčiny vzniku syndromu vyhoření se odrážejí v charakteristických rysech osobnosti i v pracovních podmínkách. Častěji jsou ohroženy osoby s velkými cíli, nadšením, zápalem pro práci. Tito lidé mají nereálné představy, kladou na sebe velké nároky, jsou perfekcionalisté a touží po své dokonalosti. Vidí smysl života v potřebě pomáhat druhým, je jim přednější uspokojení cizích potřeb než těch vlastních. Když se

k těmto vlastnostem přidá ještě snížená frustrační tolerance, vzniká riziko syndromu vyhoření. Pracovní podmínky, které vedou k vyhoření, jsou takové, kde výdej je větší než příjem, to znamená, že ocenění neodpovídá provedené práci (2, 14).

Syndrom vyhoření nelze označit jako neměnný stav, ale jako vyvíjející se proces. Každý proces má popsané fáze, kterými prochází a syndrom vyhoření je popsán někdy pěti, jindy čtyřmi fázemi. První fází vývoje syndromu vyhoření je nadšení. V této fázi je sestra zapálená pro práci, je plná energie a nových nápadů, má hlavu plnou často nereálných myšlenek, jak bude nemocné uzdravovat, je schopná vykonávat práci i nad rámec svých povinností, sestra vidí ve své práci uspokojení, baví ji, může se cítit bližší pacientům než svým kolegům, ostatní sestry jsou k ní ironické. Tato fáze může mít různě dlouhé trvání. Ve druhé fázi se jedinec dostává do stagnace, kdy prvotní nadšení postupně vyprchává, sestra vidí realitu, začíná být unavená, poznává nevděk, neúspěch, práce je pro ni všední, vykonává ji rutinně, začíná se pacientům vyhýbat, přála by si více času na sebe a přátele, představovala by si vyšší finanční ohodnocení. V této fázi lze zůstat napořád, nemusí se dostavit vyhoření. Třetí fází je frustrace- sestra je zklamaná a jakoby vystřízlivěla ze svých iluzí, nechce vykonávat práci navíc, určité výkony považuje za zbytečné, pomýšlí na změnu povolání. Čtvrtá fáze se nazývá apatie, kdy se práce soustředí pouze na nejnужnější výkony. Sestra nechce komunikovat ani s pacienty, ani s kolegy, z práce začíná odcházet dřív nebo přichází později, vyhýbá se veškerým změnám, nechce se vzdělávat, pohrdá sestrami, které jsou ve fázi nadšení. Poslední, pátou fází je vyhoření, což je stav úplné lhostejnosti. Další model dělení syndromu vyhoření je čtyřfázový dle C. Maslachové. Ta uvádí v první fázi také nadšení, v druhé fázi vyčerpanost tělesnou i duševní, ve třetí fázi dochází k nelidskému vnímání osob v okolí a odcizení od nich a ve čtvrté fázi nastává úplné vyčerpání. Tento proces lze zastavit v každé jeho fázi, někdy bez následků a někdy s následky. V momentě, kdy sestra pocítuje některé příznaky procesu vyhoření, měla by si dopřát delší dovolenou, změnit dočasně funkci, najít si činnosti ve volném čase, které jí dobijí novou energií. Pokud jedinec nestačí na řešení sám a nachází se v obtížnější fázi, je dobré vyhledat pomoc druhé osoby. Mohou mu pomoci kolegové, kteří mají se syndromem vyhoření zkušenosti a se kterými si může o svém problému promluvit. Někdy může vyhořelý

jedinec trpět depresemi. V tomto případě je na místě pomoc psychiatra (2, 9, 14, 22).

Prevence syndromu vyhoření spočívá především ve spokojeném a harmonickém osobním životě, tedy mimo zaměstnání. Člověk musí být nejprve v dobré fyzické a psychické pohodě, aby mohl pomáhat ostatním lidem v rámci svého zaměstnání a aby svoji práci prováděl kvalitně. Každý člověk pracující v profesích s rizikem vzniku syndromu vyhoření by o sebe měl pečovat, dostatečně odpočívat, mít rád sám sebe, aby mohl svou pozitivní energii předávat ostatním a ne ji z okolí nasávat. Důležité je také chválit druhé, ale i sebe samotného, udělat sám sobě radost, odměnit se něčím příjemným. V prevenci vyhoření je nezbytné najít si čas na zájmy, koníčky, trávit většinu času se svými blízkými, kteří nás mají rádi a my máme rádi je. Zdravý životní styl, sportovní aktivity, dostatečný a kvalitní spánek, zdravá strava, dostatek tekutin, nekuřáctví, nepřejídání se- to vše také zahrnujeme do prevence vyhoření. Je dobré znát relaxační techniky, které uvolní tělo i mysl, nenosit si práci domů. Celý den sestra předává energii nemocným, vcit'uje se do jejich pocitů a vidí ne vždy šťastné konce. Od toho je třeba se oprostit, než překročí práh domova- například procházkou, sprchou, odpočinkem. Není slabostí požádat o pomoc někoho druhého, když sám jedinec nezvládá některou ze zátěžových situací- naopak tím projevuje důvěru v člověka, kterému se svěřuje. A pokud pocit'uje některé z příznaků vyhoření, je nutné začít je řešit včas. Psychoterapie je jednou z možností, kdy jedinec neví, jak naložit se svými problémy, ve svém okolí se nemá komu svěřit. Psychoterapie dotyčnému jedinci v této situaci pomůže najít jiný pohled na věc, pochopit jeho pocity, nastínit možnosti řešení a v neposlední řadě poznat sám sebe. Důležitou roli hrají také vztahy na pracovišti, kde sestry pracují jako tým, jsou přátelské, nesoutěží mezi sebou a nepřetvařují se. Sestra by měla dodržovat jisté hranice mezi sebou a pacientem, aby měla stále nadhled nad problémem, viděla různé souvislosti a aby nebyla přespříliš vžitá a zainteresovaná. Také by se měla snažit, aby nespadla do rutiny nebo stereotypu. K tomu je vhodné nebát se nových věcí a zkoušet je, ve změnách vidět výzvu, dobrovolně se vzdělávat, objevovat nové věci a postupy a ty poté zrealizovat a ukázat ostatním (2, 9, 14, 22).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zmapovat fyzickou i psychickou náročnost práce sester na standardním interním oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je náročnost práce sester na standardním interním oddělení?
2. Jak se sestry na standardním interním oddělení vyrovnávají se stresem?
3. Jaké relaxační techniky používají sestry na standardním interním oddělení?
4. Jak často sestry fyzicky manipulují s pacienty?
5. Pociťují na sobě sestry známky syndromu vyhoření?

3. Metodika

3. 1 Metodický postup

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativní metodou výzkumného šetření.

Sběr dat byl prováděn formou polostrukturovaného rozhovoru. Otázky byly zaměřeny na interní oddělení, náročnost práce, ošetřovatelství, stres, syndrom vyhoření, relaxační techniky. V průběhu rozhovorů docházelo ke vzniku dalších rozšiřujících otázek souvisejících s tématem.

Rozhovory byly dále zpracovány do kazuistik. Na základě kazuistik byly vytvořeny kategorizační tabulky, ve kterých jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumného šetření. Sběr dat byl prováděn v měsících únor až březen 2011.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 10 respondentkami, které pracují jako všeobecné sestry na standardním interním oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. a Nemocnice Jindřichův Hradec a. s. Respondentky mají dosaženo různých stupňů vzdělání, zastávají různé funkce na interním oddělení a pracují ve zdravotnictví odlišně dlouhou dobu.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky respondentek.

Na základě rozhovorů s respondentkami pracujícími na standardním interním oddělení byly vytvořeny následující kazuistiky.

Respondentka č. 1

Respondentka č. 1 zastává funkci staniční sestry na standardním interním oddělení, je jí 55 let. Vystudovala Střední zdravotnickou školu v Jindřichově Hradci a poté PSS- pomaturitní specializační studium. Než nastoupila na interní oddělení, pracovala krátce na nervovém oddělení. Na interním oddělení pracuje 35 let, z toho 21 let jako staniční sestra.

Myslí si, že práce na interním oddělení je velmi náročná jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Nechce tím ale podceňovat práci na jiných odděleních. Práce zde jí velmi baví, ale když si večer uvědomí, co všechno za pracovní dobu stihla, tak se cítí velmi vyčerpaná. Nejvíce ji vyčerpávají situace, kdy musí dlouhodobě řešit nějaký problém. Tato respondentka tvrdí, že nejčastěji jsou na jejich oddělení hospitalizováni pacienti s onkologickým onemocněním a to především ve věku kolem šedesáti let. Občas se zde objeví i mladší pacient, ale to nebývá až tak časté. V souvislosti s těmito onkologickými chorobami se zde také setkává velice často s úmrtím pacientů, kdy zde zemře přes sto pacientů za rok. Tato sestra se snaží brát smrt jako součást života, přesto se po psychické stránce se smrtí vyrovnává těžko. Když zemře devadesátiletý člověk, tak jí to nezasáhne tak, jako když zemře pacient v jejím věku- kolem padesáti let. To popisuje jako velkou psychickou zátěž.

Vzhledem k vysoké zátěži se snaží respondentka ve volném čase relaxovat. Největší radost jí dělají vnoučata, skvělý manžel a sešlost celé rodiny. Také se zajímá o alternativní medicínu, kterou považuje za určitý druh relaxace. Často se ve své práci cítí být ve stresu. Tyto situace řeší tím, že zajde do města a koupí si nějakou maličkost, která jí udělá radost, zajde s vnoučaty do cukrárny, aby si osladili život, nebo zajde za kamarádkou, se kterou si povídá o běžných problémech a zasmějí se spolu. Když ale

přijde domů, události z práce jí stále kolují hlavou. Přemýšlí nad tím, co všechno se za den stalo, co ji čeká zítra, jak dopadne ten či onen pacient. Respondentka tvrdí, že se cítí unavená po skončení pracovní doby téměř každý den. Ale zároveň na sobě nepocítuje žádné známky syndromu vyhoření.

Často fyzicky manipuluje s pacienty. Po dvou hodinách se je snaží polohovat, v noci polohují sestry po třech hodinách. Když ale napolohuje všechny pacienty a hezky je upraví v posteli, může jít zase od začátku oddělení, protože většina pacientů bude opět v nevhodné poloze. Respondentka se snaží na jejím oddělení zavést skupinovou péči, která ale neustále nevychází. Na oddělení má lůžka pro třicet pacientů a na směně jsou pouze dvě sestry, takže i když má každá sestra svých patnáct pacientů, musí znát informace a starat se o všechny pacienty. Sice sem chodí na praxi studenti Střední zdravotnické školy, kteří jim v mnoha povinnostech usnadní práci, ale to se týká pár pokojů, nad kterými musí mít stejně sestra přehled. Jelikož respondentka zastává funkci staniční sestry, pracuje od pondělí do pátku pouze v ranních osmihodinových směnách. Respondentka uvádí, že do její náplně práce nepatří vyplňování ošetrovatelské dokumentace, přesto se snaží sestřím pomáhat. Většinou jí to zabere minimálně půl hodiny. Respondentka není spokojená s finančním ohodnocením své práce.

Respondentka č. 2

Respondentce č. 2 je 35 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu v Jindřichově Hradci. Než nastoupila na interní oddělení, pracovala přes jeden rok na dialýze. Na standardním interním oddělení pracuje 9 let.

Tato práce se jí zdá velmi náročná, jelikož se cítí často fyzicky i psychicky vyčerpaná. Podle respondentky jsou na interně nejčastěji hospitalizováni pacienti s pneumonií a trombózou. Pacienti spadají převážně do kategorie seniorů, proto se také velmi často setkává při své práci se smrtí. Udává, že zde zemře přes sto pacientů za rok. Respondentka nejdříve odpověděla, že se smrtí se vyrovnala, ale po krátkém zamyšlení dodala, že sice tvrdí, že je se smrtí vyrovnaná, ale určitě to v ní zanechává stopy v hloubi duše. Sestra se v práci cítí ve stresu v takových situacích, kdy se najednou nahromadí více důležitých úkolů, které je potřeba vyřešit najednou. V takové situaci

neví, co má dělat dřív a cítí se být ve stresu. Žádný recept na stres nemá, prostě se snaží nepřipouštět si ho.

Ve volném čase relaxuje procházkami se psem, pustí si hezký film nebo zajde za svými přáteli, se kterými se nejlépe odreaguje. Po příchodu domů udělá vždy tlustou čáru za prací, jinak by se musela zbláznit, kdyby přemýšlela nad pracovními povinnostmi i ve volném čase. Skoro každý den se cítí velmi unavená, když opouští své pracoviště. Přiznává, že na sobě pocituje některé ze známek syndromu vyhoření, jako například: zda má smysl její práce, k čemu to všechno vede, atd..

Respondentka uvádí, že se na oddělení snaží o zavedení skupinové péče, ovšem jim to moc nevychází, protože jsou na směnu dvě nebo tři sestry a nemůže se každá starat jenom o své pacienty. Jedna například jede s lékárnou, druhá s infuzemi- a to u všech pacientů najednou. Na oddělení mají 30 pacientů, takže na jednu sestru připadá průměrně 15 pacientů. Ve skutečnosti dělá ale všechno u všech třiceti pacientů. Respondentka pracuje ve dvanáctihodinových směnách, které jí vyhovují. Ty čtyři hodiny navíc jí nevadí. Naopak potom má den nebo dva volno. Zároveň ale připouští, že chápe sestry, které by radši dělaly osmihodinové směny kvůli dětem.

Této sestře zabírá vyplňování ošetrovatelské dokumentace nejvíce času, uvádí skoro 60% pracovní doby. Je ráda, že mají dostatek ošetrovatelek, které chodí na „zvonečky“ a sestry si tak mohou v klidu vyplňovat nezbytnou dokumentaci. Pacienty zde polohuje několikrát denně. I když ví, že se má polohovat po dvou hodinách, někdy se to prý nedá stihnout. Většinou polohuje ještě s jednou sestrou nebo ošetrovatelkou, ale když zrovna není někdo k ruce, musí si poradit sama. S finančním ohodnocením spokojená není, představovala by si alespoň o tři až čtyři tisíce korun měsíčně víc.

Respondentka č. 3

Respondentce č. 3 je 23 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu v Jindřichově Hradci a poté studovala Zdravotně sociální fakultu na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Nyní nestuduje, ale státní závěrečné zkoušky má odložené na příští rok. Na standardním interním oddělení pracuje

4 měsíce. Nikdy nepracovala na jiném oddělení.

Podle této respondentky je náročnost práce na interním oddělení velká, jak psychická, tak fyzická. Cítí se po pracovní době tělesně i duševně vyčerpaná. Podle této sestry se na interním oddělení vyskytují nejčastěji pacienti s hypertenzí, diabetem mellitem a onkologickými chorobami. Jsou to jednoznačně senioři. Se smrtí se zde setkala často, za ty čtyři měsíce, co zde pracuje zemřelo při její službě asi dvacet pacientů. Setkání se smrtí považuje za zátěžovou situaci, stres.

Respondentka relaxuje četbou, shlédnutím dobrého filmu, zábavou s přáteli, a když ze sebe potřebuje dostat nahromaděný stres, zakřičí si doma na přítele, který je už zvyklý, a uleví se jí. I po skončení pracovní doby přemýšlí nad událostmi z práce. O syndromu vyhoření je velmi dobře informována, neboť na toto téma psala svou bakalářskou práci, ale známky vyhoření na sobě nepocítuje, přece jenom zde pracuje krátkou dobu. Pracuje ve dvanáctihodinových směnách, které jí vyhovují. Všichni se snaží o skupinovou péči, takže na jednu sestru připadá 15 pacientů. V ošetrovatelské dokumentaci se „topí“ od rána do večera- anamnéza jí zabere půl hodiny, ale ten zbytek jí trvá velmi dlouho. Pacienty polohuje každé dvě hodiny. Pacienta, který je schopen trochu pomoci, polohuje sama, jinak si vždy bere ještě někoho s sebou. Myslí si, že hmotnost, kterou mohou ženy zvedat podle BOZP, určitě nelze dodržet. S finančním ohodnocením své práce není spokojená.

Respondentka č. 4

Respondentce č. 4 je 27 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu v Jindřichově Hradci, na standardním interním oddělení pracuje 7 měsíců, před nástupem na toto místo pracovala mimo zdravotnictví- v továrně u stroje, jako číšnice a v prodejně mobilních telefonů.

V porovnání s pracemi, které dělala předtím, se jí zdá práce na interním oddělení hodně náročná. Do zdravotnictví se rozhodla vrátit, protože jí předešlá zaměstnání nebavila a práce sestry by jí mohla naplňovat. Momentálně je spokojená, baví ji pomáhat druhým a vidí, že její práce má smysl. Občas se cítí vyčerpaná fyzicky, jindy má energie na rozdávání, ale je vyčerpaná po psychické stránce. Podle jejího názoru se

zde vyskytuje nejčastěji diagnóza diabetes mellitus, močová infekce a karcinomy. Hospitalizovaným pacientům je převážně kolem 80ti let. Se smrtí se setkává často. Nedokáže říct, kolik pacientů zemře za měsíc nebo za týden, to se liší. Se smrtí se zpočátku vyrovnávala těžko, teď už je to lepší- snaží si to nepřipouštět.

Největší relaxací jsou pro tuto sestru procházky. Jelikož si připadá ve stresu, snaží se doma úplně „vypnout“ a nemyslet na práci. I když to někdy nejde, stejně ví, že doma nic nevyřeší. Respondentka tvrdí, že na sobě zatím nepociťuje žádné známky syndromu vyhoření.

Na oddělení se snaží o aplikaci skupinové péče, která jim vůbec nejde, takže jedna sestra se stará o všech třicet pacientů, ale pouze v některých oblastech péče. Pracuje ve dvanáctihodinových směnách, které jí vyhovují, jednou za čas by jí stačila i osmihodinová služba. Ošetrovatelskou dokumentaci na jednoho pacienta vyplňuje přibližně 20 minut. Pacienty polohuje každé dvě hodiny, nikdy nepolohuje sama- nechce si zmařit záda. Vždy si zavolá na pomoc jednu nebo dvě sestry. Finanční ohodnocení není úplně podle jejích představ, ale je ráda alespoň za to, co má.

Respondentka č. 5

Respondentce č. 5 je 29 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích. Na interním oddělení pracuje čtyři roky, před nástupem do nemocnice pracovala sedm let v domově důchodců. Nyní zastává funkci zástupkyně staniční sestry.

Respondentka si myslí, že je práce na interním oddělení středně náročná. V porovnání s domovem důchodců je náročnost menší, ale ne malá. Prostě střední. Když jsou služby naplánované normálně, tak je spokojená, ale když je málo sester a má službu za službou, tak se cítí fyzicky i psychicky unavená. Podle této sestry se zde vyskytuje nejčastěji diabetes mellitus, renální selhání, bronchopneumonie, snížení objemu plazmy a úplně nejčastěji diagnóza zhoršení stavu! Ohledně věkové kategorie pacientů má sestra jasno. Nedávno totiž sama ze zvědavosti vypočítala průměrný věk pacientů za kalendářní měsíc na tomto oddělení a vyšel jí přesně věk 76 let. Takže samí senioři. Se smrtí se setkává často. Nemůže mi odpovědět přesně, ale za měsíc se setká se smrtí každá sestra z různých směn a to hned několikrát. Smrt bere jako součást života,

netrápí se nad ní.

Jako nejlepší relaxaci uvádí posezení s přáteli ve společnosti. Ve stresu se cítila dříve často, nyní už vůbec. Snaží se nezabývat se událostmi z práce po příchodu domů, po skončení pracovní doby je málokdy unavená. Pokud je, tak pouze z toho důvodu, že měla více směn za sebou. Přesto udává, že na sobě pociťuje známky syndromu vyhoření- občas je podrážděná a nebaví ji tato práce. Proto už studuje jiný obor a má v plánu odejít pracovat jinam mimo zdravotnictví.

Na oddělení se starají všechny sestry o všechny pacienty, to znamená, že na tři sestry ve službě připadá 35 pacientů. O víkendu a o noční jsou zde pouze dvě sestry. Na tomto oddělení pracuje v osmi i dvanáctihodinových směnách, lepší je pro respondentku dvanáctihodinová směna, protože má pak více volna. Vyplňování ošetrovatelské dokumentace jí za celý den zabere minimálně dvě hodiny práce. S pacienty zde fyzicky manipulují permanentně a to zásadně ve dvou sestřích. I tak je ale stoprocentně přesvědčená, že když tahají stokilového pacienta, tak zvedají více kilogramů, než je povoleno v BOZP. S finančním ohodnocením spokojená není, představovala by si alespoň o 10% vyšší plat, aby byla spokojená.

Respondentka č. 6

Respondentce č. 6 je 55 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích. Na interním oddělení pracuje již 36 let jako sestra u lůžka. Na jiném oddělení nikdy nepracovala.

Dle této respondentky je náročnost práce na interním oddělení velká. Zastává spíše názor, že zde suplují LDN nebo ONP. Když si rodina neví rady, tak pacienta přivezou na internu, pak se přeloží na ONP a zanedlouho se vrací zpátky k nám. Přijde jí, že suplují sociální služby, kterých by mělo být víc. Taky tu často nahrazují záchytnou stanici. Respondentka se cítí spíš fyzicky vyčerpaná, záda má po několika výhřezech meziobratlových plotének, všechno se snaží přecházet, protože se bojí, že při dlouhém stonání by přišla o práci. Tyto problémy se zády připisuje několikaletému tahání 90ti kilogramových lidí. Myslí si, že nejčastějším onemocněním na tomto oddělení je demence- tou zde prý trpí většina pacientů. Jinak jsou zde časté diagnózy od selhávání

ledvin a srdce až po jaterní cirhózy. Nejčastější věkovou kategorií na tomto oddělení je podle sestry přesně ročník 1924. Mladí pacienti jsou zde hospitalizováni velmi zřídka, a když už ano, tak je z toho v šoku. Se smrtí se zde setkává velmi často. Když si otevřela stav pacientů za poslední měsíc, tak jich bylo opravdu moc. Se smrtí se za ta léta nikdy nevyrovnala. Pociťuje rozdíl mezi pacientem, který se hodně trápí a „přeje“ mu, aby jeho trápení skončilo a pacientem, u kterého úmrtí nikdo nečeká. To je pro ni šok. Také s mnoha pacienty, kteří se sem opakovaně vrací, navázala bližší vztah než jako sestra k pacientovi. Úmrtí těchto lidí ji proto také velmi zasáhne.

Ve volném čase relaxuje poslechem hudby, trampováním s kamarády, sešlostí s rodinou, vnučaty a psy. Čím je respondentka starší, tím více se cítí být ve stresu. Bojí se, aby něco nepřehlédla nebo nezapomněla. Ve dvaceti letech měla všechno „na háku“, ale za ta léta poznala, co všechno se může stát. Stres většinou řeší tak, že se vypovídají s kolegyněmi mezi sebou. Událostmi z práce se často zabývá i po příchodu domů, přemýšlí o tom, co se dělo, jestli na něco nezapomněla. Někdy volá i v jednu hodinu v noci na oddělení, aby se o něčem ujistila. Nyní už je častokrát unavená po pracovní službě, ale přesto na sobě nepociťuje žádné známky syndromu vyhoření.

Na oddělení aplikuje skupinovou péči. Mají zde 35 lůžek a sestry si pacienty rozdělují, takže na jednu sestru náleží přibližně 16 pacientů při noční směně a asi 10 pacientů při denní službě. Pracuje ve dvanáctihodinových směnách, které jí vyhovují, protože si pak může dva dny odpočinout od práce. O ošetrovatelské dokumentaci nechce ani mluvit, určitě jí zabere hodinu denně, než vše vyplní. Pacienty polohuje po dvou hodinách. Finanční ohodnocení ji nikdy nezajímalo a nikdy nad ním nepřemýšlela. Dokud bude mít na cigarety a krmení pro psa, tak bude spokojená.

Respondentka č. 7

Respondentce č. 7 je 25 let. Vystudovala Střední zdravotnickou školu a Vyšší odbornou školu zdravotnickou v Havlíčkově Brodě. Na interním oddělení pracuje dva roky jako sestra u lůžka. Nikdy nepracovala na jiném oddělení.

Náročnost své práce hodnotí na stupnici jedna až deset (kdy jednička je nejmenší náročnost a desítka největší) číslem devět. Desítku by udělila pouze anesteziologicko

resuscitačnímu oddělení. Cítí se zde vyčerpaná pouze tehdy, když je naplněná kapacita oddělení a neví kam dřív skočit. Nejčastější diagnózou, se kterou jsou pacienti přijímáni, je zhoršení stavu, hned poté je častý diabetes mellitus, hypertenze, jaterní a ledvinné selhávání. Převážná většina pacientů patří do kategorie seniorů. Se smrtí se setkává při povolání často. Minulý měsíc například zemřeli čtyři pacienti, a to pouze při její službě. Smrt bere jako součást života, je s ní vyrovnaná.

Nejčastěji relaxuje při sportu, který ji velmi baví a také se ráda věnuje zvířatům. Vystresovaná je při velkém chaosu na oddělení, právě při naplněné kapacitě. Po odchodu z pracoviště za sebou dělá tlustou čáru a doma už nad prací nepřemýšlí. Poslední dobou se cítí více vyčerpaná než dříve. Příznaky syndromu vyhoření na sobě však nepocítuje.

Na oddělení aplikuje skupinovou péči- hlavně v dopoledních hodinách, kdy mají sestry oddělení rozdělené. Odpoledne už se starají o všechny. Přibližně tak připadá na jednu sestru osm pacientů. Pracuje ve dvanáctihodinových směnách, za které je ráda, protože každý den dojíždí. Polohují zde většinou ošetřovatelky a to po dvou hodinách. Ale když potřebují pomoc, jsou jim sestry k dispozici. Ošetřovatelskou dokumentaci vyplňuje nejméně hodinu denně. S finančním ohodnocením je spokojená- mohlo by být sice líp, ale zároveň i hůř.

Respondentka č. 8

Respondentce č. 8 je 26 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu v Jindřichově Hradci. Na interním oddělení pracuje čtyři roky jako sestra u lůžka. Před nástupem na interní oddělení pracovala na Oddělení následné péče.

Respondentka si myslí, že je zde práce velmi náročná, v porovnání s ONP se jí zdá práce na interně náročnější. Fyzicky a psychicky se cítí vyčerpaná pouze tehdy, když je na oddělení hodně pacientů na málo sester a zavládá tam takzvaný chaos. Na oddělení jsou podle respondentky nejčastějšími diagnózami diabetes mellitus, pneumonie a hypertenze. Věková kategorie pacientů přesahuje šedesát až sedmdesát let, to znamená, senioři. Se smrtí se při své práci setkává velmi často, ale v porovnání s Oddělením následné péče je počet zemřelých podstatně menší. Ze začátku své praxe

měla problém pečovat o mrtvé tělo, neuměla se s tím vyrovnat. Postupem času si ale uvědomila, že to bohužel patří k životu a nesmí se s tím trápit, pokud chce dál dělat toto povolání.

Respondentka relaxuje sportem, jako je běh, plavání, procházky v přírodě. Také ráda zajde s přáteli do kina nebo do restaurace. Sestra se necítí být při svém povolání ve stresu, vždy se snaží zachovat chladnou hlavu a být v klidu a hlavně nezmatkovat. Párkrát už se ale cítila být vystresovaná. V tom případě se zastavila, uklidnila se a začala pracovat znovu s čistou hlavou. Ve volném čase se snaží nemyslet na práci. Samozřejmě, že se občas stane, že jí něco vrtá hlavou celý den i noc, ale snaží se to redukovat. Respondentka zná pojem syndrom vyhoření, a i když je často unavená po skončení pracovní doby, zatím na sobě nepocítuje žádné příznaky tohoto syndromu.

Na oddělení aplikují skupinovou péči, na jednu sestru tak v průměru připadá 15 pacientů. To ale neznamená, že o ostatních pacientech neví žádné informace. Na oddělení pracují v osmi i dvanáctihodinových směnách. Pokaždé jí vyhovuje jiná. Než vyplní veškerou ošetrovatelskou dokumentaci, zabere jí to tak hodinu až dvě při dvanáctihodinové směně. Na oddělení polohuje pacienty každé dvě hodiny, avšak jakákoliv další fyzická manipulace probíhá permanentně, neboť neustále někoho posazují, popotahují atd. S finančním ohodnocením není spokojená na maximum, ale umí ze svého platu vyžít.

Respondentka č. 9

Respondentce č. 9 je 45 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu v Jindřichově Hradci, na interním oddělení pracuje 4 roky jako sestra u lůžka, předtím pracovala u praktického lékaře.

Respondentka hodnotí svou práci na interním oddělení jako středně náročnou. Sice se hodně naběhá, ale zároveň uznává, že jsou mnohem náročnější povolání. V porovnání se svou dlouholetou prací u praktického lékaře je práce zde spíše fyzicky náročnější. Když pracovala u praktika, mnoho pacientů ji bralo jako součást rodiny, svěřovali se jí, zastavovali ji na ulici, v obchodě, v divadle a žádali o nějakou radu ohledně jejich zdravotního stavu. To pro ni bylo mnohdy nepříjemné a velmi psychicky

náročné. Tady na interně je sice komunikace také důležitá, ale nezná se s pacienty tolik osobně jako dřív. Podle respondentky se zde nejčastěji vyskytuje diabetes mellitus, hypertenze, jaterní cirhózy a renální selhávání. Jen málo pacientů je mladších padesáti let, největší zastoupení zde mají lidé nad sedmdesát let. Vzhledem k věku hospitalizovaných pacientů je setkání se smrtí téměř na denním pořádku. Respondentka je se smrtí vyrovnaná. Tvrdí, že každý z nás má svůj čas odchodu z tohoto světa. Ona, jako sestra může pacientovi dopřát v posledních chvílích důstojný odchod, splnit poslední přání, zavolat rodinu, aby se přišli rozloučit, a chovat se k jeho tělesné schránce s úctou. Proto vždycky ví, že udělala pro pacienta maximum.

Ve volném čase relaxuje četbou, jízdou na kole, chodí na procházky se psem, jezdí s rodinou na výlety, zajímá se také o jógu a autogenní trénink. Při svém povolání se necítí být ve stresu, je klidná a vyrovnaná a jen tak něco ji nerozhodí. Občas se doma přistihne, že myslí na práci, proto jde radši dělat něco jiného, aby to pustila z hlavy. Po skončení pracovní doby se cítí občas unavená, myslí si, že je to naprosto normální. Příznaky syndromu vyhoření na sobě zatím žádné nepocituje a myslí si, že ani nikdy pociťovat nebude.

Na oddělení aplikuje všechny možné typy péče- individuálně přistupuje ke každému pacientovi, přesto má svou polovinu oddělení a i přitom se stará o všechny pacienty. Průměrně připadá na sestru 15 pacientů. Pracuje zde v osmi i dvanáctihodinových směnách. Nedokáže říct, kterou směnu má radši. Prostě to neřeší. Vyplňování ošetrovatelské dokumentace jí zabere tak hodinu denně. Pacienty polohuje po dvou hodinách, ale fyzický kontakt s pacienty probíhá neustále. Někdo chce odvézt na WC, do sprchy, jiný chce posadit, otočit atd.. S finančním ohodnocením své práce je zatím spokojená.

Respondentka č. 10

Respondentce č. 10 je 32 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu v Jihlavě. Na interním oddělení pracuje 5 let jako sestra u lůžka. Před nástupem na toto oddělení pracovala na Anesteziologicko resuscitačním oddělení v Nemocnici Na Bulovce. Současně studuje třetím rokem Lékařskou fakultu Karlovy univerzity v Praze, obor

Všeobecná sestra.

Respondentka hodnotí svou práci jako středně náročnou. Porovnat práci na Anesteziologicko resuscitačním oddělení podle ní není možné, protože to nemá nic společného. Psychicky ani fyzicky vyčerpaná se necítí. Pořád má čas na kávu, na oddech, což dříve nezažila. Nejčastěji se zde vyskytuje diabetes mellitus, flebotrombózy, pneumonie a hypertenze. Věková kategorie pacientů je nad šedesát let. Občas se objeví mladší pacient, ale pouze zřídka. Se smrtí se při svém povolání setkává velmi často, za léta své praxe by to už nespočítala. Smrt bere jako součást života, kdy všechno jednou začíná a končí.

Volný čas tráví poslechem hudby, s přáteli v kině, s přítelem na festivalech, v restauracích a podobně. Necítí se ve stresu ani není unavená. Má se totiž neustále na co těšit a to ji nabíjí energií. Práci nechává v práci. Nezabývá se jí po příchodu domů. Příznaky syndromu vyhoření zná, ale na sobě je ještě nikdy nepocítila.

Na oddělení se snaží o skupinovou péči. Mají zde 30 lůžek a na směnu jsou zde dvě až tři sestry. To znamená, že na jednu sestru připadá průměrně 10-15 pacientů. Na oddělení pracuje v osmi i dvanáctihodinových směnách. Dělá radši denní službu, protože pak má třeba den nebo dva dny volno. Naopak při osmihodinových směnách je v práci skoro každý den a než se dostane po práci domů, tak je stejně večer. Ošetřovatelskou dokumentaci má vyplněnou během jedné hodiny. Polohuje zde po dvou hodinách. S finančním ohodnocením spokojená není, představovala by si tak o 10-15% vyšší plat.

4.2 Kategorizace dat v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

1. Identifikační údaje (tabulka 1)
2. Hodnocení práce na interním oddělení (tabulka 2)
3. Nejčastější onemocnění na interním oddělení (tabulka 3)
4. Počet úmrtí pacientů na standardním interním oddělení dle respondentek (tabulka 4)
5. Přístup ke smrti a zemřelému (tabulka 5)
6. Relaxační techniky (tabulka 6)
7. Znamky syndromu vyhoření (tabulka 7)
8. Délka pracovních směn (tabulka 8)
9. Fyzická manipulace s pacientem (tabulka 9)
10. Čas nutný k vyplňování ošetrovatelské dokumentace (tabulka 10)
11. Unavenost po skončení pracovní doby (tabulka 11)
12. Stres v pracovní době (tabulka 12)
13. Spokojenost s finančním ohodnocením (tabulka 13)

Tabulka 1 Identifikační údaje

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
věk	55	35	23	27	29	55	25	26	45	32
vzdělání	PSS*	SZŠ	VŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	VOŠZ	SZŠ	SZŠ	VŠ
délka praxe	35let	9let	4měs	7měs	4roky	36let	2roky	4roky	4roky	5let
funkce na oddělení	SS*	SuL*	SuL*	SuL*	ZSS*	SuL*	SuL*	SuL*	SuL*	SuL*

* PSS= pomaturitní specializační studium; SS= staniční sestra; SuL= sestra u lůžka; ZSS= zástupce staniční sestry

Tabulka 1 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky: Kolik je Vám let? Jaké máte vzdělání? Jak dlouho pracujete na tomto oddělení? Jakou funkci zastáváte? Respondentce č. 1 je 55 let, má vystudovanou Střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium, na interně pracuje 35 let a zastává funkci staniční sestry. Respondentce č. 2 je 35 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, na interně pracuje 9 let jako sestra u lůžka. Respondentce č. 3 je 23 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu a nyní studuje Vysokou školu, na interně pracuje 4 měsíce jako sestra u lůžka. Respondentce č. 4 je 27 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, na interně pracuje 7 měsíců jako sestra u lůžka. Respondentce č. 5 je 29 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, na interně pracuje 4 roky, zastává funkci zástupkyně staniční sestry. Respondentce č. 6 je 55 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, na interně pracuje 36 let jako sestra u lůžka. Respondentce č. 7 je 25 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu a Vyšší odbornou školu zdravotnickou, na interně pracuje 2 roky jako sestra u lůžka. Respondentce č. 8 je 26 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, na interně pracuje 4 roky jako sestra u lůžka. Respondentce č. 9 je 45 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, na interně pracuje 4 roky jako sestra u lůžka. Respondentce č. 10 je 32 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu a studuje Vysokou školu, na interně pracuje 5 let jako sestra u lůžka.

Tabulka 2 Hodnocení práce na interním oddělení

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
velmi náročná po fyzické i psychické stránce	1	1	1	1		1		1			6
středně náročná					1				1	1	3
na stupnici 1-10 hodnotí 9							1				1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka 2 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jaká je podle Vás náročnost Vaší práce? Kategorie odpovědi *velmi náročná po fyzické i psychické stránce* byla uvedena šestkrát, kategorie odpovědi *středně náročná* byla uvedena třikrát, kategorie odpovědi *na stupnici 1-10 hodnotí 9* byla uvedena jedenkrát. Všechny respondentky odpověděly pouze v jedné kategorii. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 10.

Tabulka 3 Nejčastější onemocnění na interním oddělení

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
diabetes mellitus			1	1	1		1	1	1	1	7
hypertenze			1				1	1	1	1	5
pneumonie		1			1			1		1	4
renální selhání					1	1	1		1		4
jaterní cirhóza						1	1		1		3
onkologická onemocnění	1		1	1							3
trombóza		1								1	2
zhoršení stavu					1		1				2
demence						1					1
snížení objemu plazmy					1						1
uroinfekce				1							1
Celkový výskyt	1	2	3	3	5	3	5	3	4	4	33

Tabulka 3 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jaké onemocnění se podle Vás vyskytuje na tomto oddělení nejčastěji? Nejčastější kategorie odpovědi je *diabetes mellitus*, která byla uvedena celkem sedmkrát. Kategorie odpovědi *hypertenze* byla uvedena pětkrát. Kategorie odpovědi *pneumonie* byla uvedena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *renální selhání* byla uvedena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *jaterní cirhóza* byla zmíněna třikrát. Kategorie odpovědi *onkologická onemocnění* byla zmíněna třikrát. Kategorie odpovědi *trombóza* byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *zhoršení stavu* byla uvedena dvakrát. Kategorie odpovědi *demence* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *snížení objemu plazmy* byla zmíněna jedenkrát. Kategorie odpovědi *uroinfekce* byla uvedena jedenkrát. Respondentky č. 5 a 7 odpověděly v kategoriích pětkrát, respondentky č. 9 a 10

odpověděly v kategoriích čtyřikrát. Respondentky č. 3, 4, 6 a 8 odpověděly v kategoriích třikrát. Respondentka č. 2 odpověděla v kategoriích dvakrát a respondentka č. 1 odpověděla v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 33.

Tabulka 4 Počet úmrtí pacientů na standardním interním oddělení dle respondentek

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
velmi často				1	1	1	1	1		1	6
přes 100 úmrtí/ rok	1	1									2
téměř denně									1		1
20 úmrtí/ 4 měsíce			1								1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka 4 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jak často se setkáváte při svém povolání se smrtí? Nejčastější kategorie odpovědi je *velmi často*, která byla uvedena šestkrát. Kategorie odpovědi *přes 100 úmrtí za rok* byla uvedena dvakrát. Kategorie odpovědi *téměř denně* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *20 úmrtí za 4 měsíce* byla uvedena jedenkrát. Všechny respondentky odpověděly v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 10.

Tabulka 5 Přístup ke smrti a zemřelému

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
je to součást života					1		1	1	1	1	5
nejsem s ní psych.vyrovnaná	1					1					2
těžko se s ní vyrovnávám		1									1
je to zátěžová situace			1								1
nepřipouštím si to				1							1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka 5 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jak přistupujete ke smrti a zemřelému? Nejčastější kategorie odpovědi je *je to součást života*, která byla uvedena pětkrát. Kategorie odpovědi *nejsem s ní psychicky vyrovnaná*, se vyskytla dvakrát. Kategorie odpovědi *těžko se s ní vyrovnávám*, se vyskytla jedenkrát. Kategorie odpovědi *je to zátěžová situace*, byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *nepřipouštím si to*, byla zmíněna jedenkrát. Všechny respondentky odpověděly v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 10.

Tabulka 6 Relaxační techniky

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
přátelé		1	1		1	1		1		1	6
procházky		1		1				1	1		4
film		1	1					1			3
rodina	1					1			1		3
sport							1	1	1		3
zvířata						1	1	1			3
četba			1						1		2
hudba						1				1	2
trampy, výlety						1			1		2
vnoučata	1					1					2
alternativní medicína	1										1
autogenní trénink									1		1
jóga									1		1
Celkový výskyt	3	3	3	1	1	6	2	5	7	2	33

Tabulka 6 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jaké relaxační techniky používáte ve volném čase? Nejčastější kategorie odpovědi je *přátelé*, která byla uvedena šestkrát. Kategorie odpovědi *procházky* byla zmíněna čtyřikrát. Kategorie odpovědi *film* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *rodina* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *sport* se vyskytla třikrát. Kategorie odpovědi *zvířata* byla zmíněna třikrát. Kategorie odpovědi *četba* byla uvedena dvakrát. Kategorie odpovědi *hudba* byla zmíněna dvakrát. Kategorie odpovědi *trampy, výlety* se objevila dvakrát. Kategorie odpovědi *vnoučata* se vyskytla dvakrát. Kategorie odpovědi *alternativní medicína* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *autogenní trénink*

byla zmíněna jedenkrát. Kategorie odpovědi *jóga* se vyskytla jedenkrát. Respondentka č. 9 odpověděla v kategoriích sedmkrát. Respondentka č. 6 odpověděla v kategoriích šestkrát. Respondentka č. 8 odpověděla v kategoriích pětkrát. Respondentky č. 1, 2 a 3 odpověděly v kategoriích třikrát. Respondentky č. 7 a 10 odpověděly v kategoriích dvakrát. Respondentky č. 4 a 5 odpověděly v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 33.

Tabulka 7 Znamky syndromu vyhoření

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
žádné známky	1		1	1		1	1	1	1	1	8
pochybuji o smyslu své práce		1									1
jsem podrážděná					1						1
práce mě nebaví					1						1
Celkový výskyt	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	11

Tabulka 7 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Pociťujete na sobě některé ze známek syndromu vyhoření? Nejčastější kategorie odpovědi je *žádné známky*, která byla uvedena osmkrát. Kategorie odpovědi *pochybuji o smyslu své práce*, byla zmíněna jedenkrát. Kategorie odpovědi *jsem podrážděná*, byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *práce mě nebaví*, se vyskytla jedenkrát. Respondentka č. 5 odpověděla v kategoriích dvakrát. Respondentky č. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 a 10 odpověděly v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 11.

Tabulka 8 Délka pracovních směn

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
12-ti hodinové		1	1	1		1	1				5
oboje					1			1	1	1	4
8-mi hodinové	1										1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka 8 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Pracujete v osmi nebo dvanáctihodinových směnách? Nejčastější kategorie odpovědi je *12-ti hodinové*, která byla uvedena pětkrát. Kategorie odpovědi *oboje* byla uvedena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *8-mi hodinové* byla uvedena jedenkrát. Všechny respondentky odpověděly v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 10.

Tabulka 9 Fyzická manipulace s pacientem

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
polohování po 2 h ve dne	1		1	1		1	1	1	1	1	8
polohování po 3 h v noci	1										1
několikrát denně		1									1
neustále					1			1	1		3
Celkový výskyt	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	13

Tabulka 9 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jak často fyzicky manipulujete s pacientem, např. polohujete? Nejčastější kategorie odpovědi je polohování *po 2 hodinách ve dne*, která byla uvedena osmkrát. Kategorie odpovědi *neustále* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *polohování po 3 hodinách*

v noci byla zmíněna jedenkrát. Kategorie odpovědi *několikrát denně* byla uvedena jedenkrát. Respondentky č. 1, 8 a 9 odpověděly v kategoriích dvakrát. Respondentky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 10 odpověděly jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 13.

Tabulka 10 Čas nutný k vyplňování ošetrovatelské dokumentace

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
cca 1 hodina						1	1			1	3
cca 1-2 hodiny								1	1		2
půl hodiny	1			1							2
2 hodiny					1						1
od rána do večera			1								1
60% prac. doby		1									1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka 10 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Kolik času Vám přibližně zabere vyplňování ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi je *cca 1 hodina*, která byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *cca 1-2 hodiny* byla zmíněna dvakrát. Kategorie odpovědi *půl hodiny* byla uvedena dvakrát. Kategorie odpovědi *2 hodiny* se vyskytla jedenkrát. Kategorie odpovědi *od rána do večera* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *60% pracovní doby* byla zmíněna jedenkrát. Všechny respondentky odpověděly v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 10.

Tabulka 11 Unavenost po skončení pracovní doby

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano, velmi často		1		1		1	1	1	1		6
půl na půl	1		1								2
ne, skoro nikdy					1					1	2
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka 11 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jste často unavená po skončení pracovní doby? Nejčastější kategorie odpovědi je *ano, velmi často*, která byla uvedena šestkrát. Kategorie odpovědi *půl na půl* byla uvedena dvakrát. Kategorie odpovědi *ne, skoro nikdy* byla uvedena dvakrát. Všechny respondenty odpověděly v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 10.

Tabulka 12 Stres v pracovní době

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
cítím se ve stresu	1	1	1	1		1	1				6
necítím se ve stresu					1			1	1	1	4
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka 12 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Cítíte se ve svém povolání ve stresu? Nejčastější kategorie odpovědi je *cítím se ve stresu*, která byla uvedena šestkrát. Kategorie odpovědi *necítím se ve stresu* byla zmíněna čtyřikrát. Všechny respondenty odpověděly v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 10.

Tabulka 13 Spokojenost s finančním ohodnocením

R= respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
nespokojená	1	1	1	1	1			1		1	7
spokojená						1	1		1		3
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka 13 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jste spokojená s finančním ohodnocením Vaší práce? Nejčastější kategorie odpovědi je *nespokojená*, která byla uvedena sedmkrát. Kategorie odpovědi *spokojená* byla uvedena třikrát. Všechny respondentky odpověděly v kategoriích jedenkrát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 10.

5. Diskuse

Během výzkumného šetření jsme zjišťovaly jaká je náročnost práce sester na standardním interním oddělení, jak se sestry vyrovnávají se stresem a jaké používají relaxační techniky.

Všechny oslovené respondentky pracují na standardním interním oddělení, každá z nich má však jinou délku praxe- od 4 měsíců až po 36 let praxe (viz tabulka 1). Každá respondentka má také rozdílné dosažené vzdělání- od Střední zdravotnické školy, Vyšší odborné školy zdravotnické, Vysoké školy až po Pomaturitní specializační studium (viz tabulka 1). Ve věku respondentek jsou velké rozdíly až 32 let. Nejmladší respondentce je 23 let a nejstarší 55 let (viz tabulka 1). Jak můžeme vidět, všechny tyto faktory měly vliv na odpovědi respondentek. Díky rozdílům ve věku, vzdělání a délce praxe byly rozhovory rozmanité.

Na interním oddělení jsou hospitalizováni pacienti s onemocněním vnitřních orgánů, jejichž léčba spočívá především v konzervativním řešení. Cílem práce sestry je uspokojit pacientovy potřeby. Jak uvádí Farkašová (2005), sestra plní role poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky, edukátorky, advokátky, nositelky změn, výzkumnice a mentorky. Zajímalo nás, jak hodnotí svoji práci na interním oddělení oslovené respondentky. Šest respondentek uvedlo, že hodnotí svou práci jako velmi náročnou, jak po fyzické, tak po psychické stránce. Tři respondentky uvedly, že je jejich práce středně náročná, a jedna respondentka hodnotila svou práci na stupnici 1-10 číslem 9, kdy 1 je nejlehčí a 10 nejtěžší (viz tabulka 2).

O'Connorová (2005) uvádí, že sestra může být frustrována při styku se smrtí. To potvrzují i výsledky našeho výzkumného šetření. Sestra by měla být v posledních chvílích pacientovi oporou, chovat se přiměřeně k tomu, v jaké fázi po sdělení špatné diagnózy se dotyčný nachází. Chtěly jsme vědět, jak často se respondentky setkávají se smrtí a jak k ní přistupují. Nejčastější odpovědi zněly velmi často, téměř denně, dvě respondentky nám byly schopné sdělit přibližný počet, a to přes 100 úmrtí za rok (viz tabulka 4). To je podle našeho názoru opravdu vysoká cifra.

Dále nás zajímalo, jak se sestry se smrtí vyrovnávají a jak k ní přistupují. Zde se odpovědi lišily. Pět respondentek z deseti bere smrt jako součást života a pro zbylé je

smrt náročnou životní situací, se kterou nejsou psychicky vyrovnány (viz tabulka 5). Několik respondentek ještě dodalo, že vnímají rozdílně smrt pacienta, který je těžce nemocný a je ve věku senia nebo dlouhověkosti, a naopak, když zemře nečekaně pacient mladšího věku, u kterého byla prognóza s pozitivním koncem. V prvním případě se respondentky dokážou s úmrtím vyrovnat lépe než v druhé situaci. Líbil se nám přístup respondentky č. 9, která se vyjádřila takto: „Každý z nás jednou zemře, všichni máme svůj čas odchodu. Je to přirozený závěr života. My můžeme pacientovi v jeho poslední chvíli dopřát důstojný odchod, splnit poslední přání, zavolat jeho rodinu, aby se přišli rozloučit, chovat se k jeho tělesné schránce s úctou. Tak proč bych měla být ze smrti nešťastná? Víím, že jsem pro toho člověka udělala maximum.“ Takhle by se podle nás měla k umírajícímu chovat každá sestra.

K tomu, abychom zjistily náročnost práce sester, jsme se respondentek ptali na únavu po pracovní době. Odpovědi byly téměř jednoznačné- přes dvě třetiny respondentek odpověděly, že se cítí být velmi často unavené po skončení pracovní doby (viz tabulka 11). Zvláště když se v ten den děje na oddělení více věcí najednou a mají tam „chaos“. Jak je všem jistě známo, unavený člověk dělá více chyb, zapomíná, je nepozorný.

Vnímání náročnosti práce ovlivňuje také počet pacientů, o které pečuje jedna sestra a typ péče, který je na oddělení aplikován- individuální péče, skupinová péče, atd. Když jsem se respondentek ptala, jaký typ péče aplikují na oddělení, vzbudila jsem touto otázkou rozruch. Většina z nich se ironicky pousmívala. Později jsem zjistila proč. Kromě tří respondentek mi všechny řekly, že se snaží o skupinovou péči, která ale vůbec nelze uskutečnit. To znamená, že se všechny sestry starají o všechny pacienty, ale pouze v určitých oblastech- jedna rozdává léky, druhá sestra aplikuje injekce a infuze. Další respondentky uvedly, že aplikují skupinovou péči pouze dopoledne a odpoledne už dělají všechny výkony u všech pacientů. Z toho tedy vyplývá, kolik pacientů náleží na jednu sestru. Všechna oddělení, kde jsme prováděly výzkumné šetření, měla kapacitu 30-35 lůžek a na směnu zde pracují 2-3 sestry. Podle našeho názoru se tímto snižuje kvalita ošetrovatelské péče- u takového počtu pacientů nelze péči poskytovat v dostatečné kvalitě. Kdyby bylo na oddělení více sester na směnu, měla by každá více

času na své pacienty, na plnění ordinací a na zpracování ošetrovatelské dokumentace.

Jak uvádí Šafránková (2004) a Nejedlá (2006), stáří je naprosto přirozený stav v životě člověka. Proces stárnutí začíná u každého jedince tehdy, jakmile spatří světlo světa. Při tomto procesu jedinec prochází různými změnami- po stránce tělesné ztrácí sílu, přestává být výkonný jako dřív, zhoršuje se kvalita všech smyslových funkcí, po stránce mentální dochází k zhoršování funkcí mozkové tkáně, nastává také mnoho změn v oblasti společenského života. Jedinec opouští své zaměstnání a odchází do důchodu, mění se jeho finanční stránka, setkává se se smrtí blízkých přátel nebo svého životního partnera, může se cítit osamělý a nedůležitý pro své okolí. V péči o seniory nastávají různé problematické situace- například nepřátelský postoj vůči okolí zapříčiněný změnou, se kterou se senior není schopen vyrovnat, jak uvádí Venglářová (2007).

Chtěly jsme zjistit, jaká věková kategorie pacientů je na tomto oddělení nejčastěji hospitalizována. Na tuto otázku odpovídaly respondentky bez rozmýšlení. Nejčastější odpověď byla senioři a pak jen zaznívaly odpovědi: okolo 60ti let, okolo 70ti let, okolo 80ti let, dokonce respondentka č. 6 tvrdila, že nejčastěji jsou na oddělení hospitalizováni pacienti narození v roce 1924 a respondentka č. 5 si dobrovolně přidělala práci a spočítala průměrný věk pacientů za poslední měsíc- vyšel jí věk přesně 76 let. Těmito předchozími otázkami jsme si odpověděly na **výzkumnou otázku č. 1: Jaká je náročnost práce sester na standartním interním oddělení?**

Jak uvádí Hermann, Petržela a Brejlová (2003), stres je stav, kdy dochází k psychické zátěži způsobené rušivými vlivy při snaze člověka dosáhnout nějakého cíle. Jedinec tuto situaci vnímá jako ohrožující pro svoje tělo nebo mysl. S tímto tvrzením korespondují i výsledky některých rozhovorů. Stres se rozděluje na dva typy- eustres a distres. Distres vede k přetížení organismu. Na otázku, zda se cítí být ve svém povolání ve stresu, nám šest respondentek odpovědělo, že se cítí být ve stresu, a čtyři respondentky uvedly, že ne. Typickým příkladem stresové situace je případ šesté respondentky, která přecházela několik výhřezů meziobratlových plotének, protože se obávala, že při dlouhodobé nemoci by přišla o práci. Ostatní respondentky se cítí ve stresu, když se na oddělení děje mnoho věcí najednou. Stres si snaží nepřipouštět a

nebo se s ním vyrovnávají relaxováním. Touto otázkou jsme získaly odpověď na **výzkumnou otázku č. 2: Jak se sestry na standartním interním oddělení vyrovnávají se stresem?**

Schmidbauer (2000) a Bartošíková (2006) uvádí, že prevence syndromu vyhoření spočívá především ve spokojeném a harmonickém osobním životě, tedy mimo zaměstnání. Člověk musí být nejprve v dobré fyzické a psychické pohodě. Jedině tak může pomáhat ostatním lidem v rámci svého zaměstnání a svoji práci provádět kvalitně. Každý člověk pracující v profesích s rizikem vzniku syndromu vyhoření by o sebe měl pečovat, dostatečně odpočívat, mít rád sám sebe, aby mohl svou pozitivní energii předávat ostatním. Důležité je také chválit druhé, ale i sebe samotného, udělat sám sobě radost, odměnit se něčím příjemným. V prevenci vyhoření je nezbytné najít si čas na zájmy, koníčky, trávit většinu času se svými blízkými, kteří nás mají rádi a my máme rádi je. Proto jsme chtěly zjistit, jak respondentky relaxují ve volném čase a zda provádějí některé relaxační techniky. Zjistily jsme, že při svém náročném povolání mají stále dost zálib a koníčků, kterým se snaží věnovat. Mezi nejčastější odpovědi respondentek patří přátelé, procházky v přírodě, rodina, film, sport a zvířata. Pouze jedna respondentka se ale věnuje relaxačním technikám jako je autogenní trénink či jóga (viz tabulka 6). Pomocí této otázky jsme získali odpověď na **výzkumnou otázku č. 3: Jaké relaxační techniky používají sestry na standartním interním oddělení?**

Jak uvádí Brůha (2005) a Komačková (2009), k povolání sestry patří fyzická manipulace s pacienty a jinými břemeny. To může mít za následky problémy především s vlastním pohybovým aparátem. Pokud sestry denně polohují a zvedají pacienty se zhoršenou nebo nulovou pohybovou aktivitou, je nemožné nepřekročit hranici, která je daná pro nejvyšší možnou hmotnost břemena. Při práci sestry dochází k zatížení páteře, svalů, kloubů, dochází k riziku infekce, narušení spánku při nočních směnách. To potvrzují i odpovědi oslovených respondentek. Během naší praxe na interním oddělení jsme poznaly, že s pacienty na interním oddělení se fyzicky manipuluje v podstatě neustále. Zajímalo nás tedy, co si o tom myslí respondentky. Nejdříve si všechny pod pojmem fyzická manipulace představily polohování, podle toho také zněly odpovědi-polohují po dvou hodinách přes den a po třech hodinách v noci (viz tabulka 9). Když

jsme ale upřesnily, že myslíme veškerou fyzickou manipulaci, ne jen polohování, začaly zaznívat odpovědi jako neustále, permanentně, pořád. Sestry vodí pacienty na toaletu, vysunují je v posteli do pohodlné polohy, několikrát je otáčí během hygieny apod. Dále nás zajímalo, v kolika osobách polohují pacienty. Dostalo se nám nejvíce odpovědí, že polohují alespoň ve dvou- s ošetřovatelkou, se sanitářem nebo s druhou sestrou. Je dobře, že respondentky „netahají“ ležící pacienty sami a šetří si tak svůj už dost namáhaný pohybový aparát. Touto otázkou jsme dostali odpověď na **výzkumnou otázku č. 4: Jak často sestry fyzicky manipulují s pacienty?**

Dle Bartošikové (2006) je syndrom vyhoření stav extrémní vyčerpanosti s následnou sníženou výkonností. Toto vyčerpání je pociťováno po stránce emocionální, fyzické, psychické i sociální. Zdravotničtí pracovníci patří do rizikové skupiny syndromu vyhoření. Proto nás zajímalo, zda respondentky znají tento pojem, a zda na sobě pociťují některé známky vyhoření. Všechny respondentky pojem syndrom vyhoření znají, jedna respondentka dokonce psala svou bakalářskou práci na toto téma. Když jsme se začaly ptát, zda na sobě pociťují známky burn out syndromu, mírně zvažněly a chvíli přemýšlely. Přesto většina respondentek odpověděla, že na sobě tyto známky nepociťují. Našly se ale dvě respondentky, které se přiznaly, že ano. Jedna pochybuje o smyslu své práce, neví k čemu to všechno vede a druhá je v práci podrážděná a nic jí nebaví (viz tabulka 7). Je zajímavé, že tato respondentka uvedla pouze jednu relaxační techniku, a to občasné posezení s přáteli, a možná právě to je příčinou počínajícího syndromu vyhoření. Ještě bychom dodaly, že dotyčná již studuje jiný obor a toto povolání chce opustit. Pomocí této otázky jsme získaly odpověď na **výzkumnou otázku č. 5: Pociťují sestry známky syndromu vyhoření?**

Finanční ohodnocení za odvedenou práci má vliv na každého jedince a jeho přístup k práci. Sedm respondentek z deseti není spokojeno s finančním ohodnocením své práce (viz tabulka 13). Napadlo nás, zda to nemůže být ovlivněné délkou praxe na oddělení či věkem, ale zjistily jsme, že věk i délka praxe je u nich dost odlišná. Myslely jsme si, že sestra, která pracuje na oddělení mnoho let bude s platem spokojená, protože by se měl plat s léty zvyšovat, a naopak- sestra, která bude na oddělení nová a mladá spokojená nebude, protože začíná od nižších částek. Tento názor se nám ale nepotvrdil.

Ptaly jsme se proto dál- jaké zvýšení platu by si respondentky představovaly, aby byly spokojené. Většina odpovědí zněla: zvýšení o cca 10%.

Z výše zmíněných výsledků vyplývá, že náročnost práce sester na standardním interním oddělení je velmi vysoká a to z hlediska tělesné i duševní stránky. Respondentky téměř denně přicházejí do styku se smrtí, jsou často unavené po skončení pracovní doby, některé na sobě pocítují známky syndromu vyhoření, cítí se ve stresu, často se fyzicky namáhají při manipulaci s pacienty, jedna sestra pečuje o velký počet pacientů a k tomu všemu nejsou spokojeny s finančním ohodnocením své práce.

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat fyzickou i psychickou náročnost práce sester na standardním oddělení interního typu. Tento cíl byl splněn.

Na počátku výzkumného šetření bylo stanoveno pět výzkumných otázek, které vyplývají ze stanovených cílů. Výzkumná otázka č. 1: Jaká je náročnost práce sester na standardním interním oddělení? Výzkumná otázka č. 2: Jak se sestry na standardním interním oddělení vyrovnávají se stresem? Výzkumná otázka č. 3: Jaké relaxační techniky používají sestry na standardním interním oddělení? Výzkumná otázka č. 4: Jak často sestry fyzicky manipulují s pacienty? Výzkumná otázka č. 5: Pociťují sestry známky syndromu vyhoření? Všechny tyto výzkumné otázky se nám podařilo ve výzkumném šetření zodpovědět.

Z výsledků tedy vyplývá, že náročnost práce sester na standardním interním oddělení je vysoká z hlediska tělesné i duševní stránky. Často zde fyzicky manipulují s pacienty, setkávají se s úmrtím, zažívají stres v pracovní době, cítí se unavené, některé na sobě pociťují známky syndromu vyhoření, nejsou spokojené s finančním ohodnocením své práce. Sestry se sice snaží ve volném čase relaxovat, ale většinou nepoužívají relaxační techniky jako je například autogenní trénink, meditace, jóga.

K tomu, aby se sestry naučily používat tyto relaxační techniky, jim může napomoci informační brožura, která byla sestavena na základě výsledků výzkumného šetření. V brožuře popisujeme autogenní trénink, meditaci, jógu a zdůrazňujeme zde důležitost relaxace. Tato brožura může být přínosná i ostatním zdravotnickým pracovníkům z jiných oddělení, kteří nemají o těchto technikách základní informace. Také bychom doporučovaly uspořádat pro sestry přednášku, která by byla zaměřená právě na relaxační techniky, prevenci syndromu vyhoření a metody, jak se vyrovnávat se stresem.

S výsledky výzkumného šetření budou seznámeny hlavní sestry v Nemocnici České Budějovice a. s. a Nemocnice Jindřichův Hradec a. s..

Kvalitní ošetrovatelská péče může být poskytována pouze tehdy, když se ošetřující personál cítí v tělesné i duševní pohodě. Proto by měly sestry, a nejen ony,

pečovat o své zdraví, naučit se správně relaxovat a tím předcházet syndromu vyhoření.

7. Přehled použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BRŮHA, D., TOMEK, L. *Pracovní právo ve zdravotnictví a sociálních službách*. Praha: ASPI, 2005. 212 s. ISBN 80-7357-093-9.
4. BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.
5. FARKAŠOVÁ, D. A kol. *Ošetrovatel'stvo teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7.
7. HELLEROVÁ, M. *Uvědomujeme si náročnost profese sester*. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 6, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
8. HERMAN, E., PETRŽELA, M., BREJLOVÁ, D. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
9. KALLWAS, A. *Syndrom vyhoření*. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
10. KLENER, P. a kol. *Základy vnitřního lékařství pro bakalářské studium*. Praha: Karolinum, 1996. 170 s. ISBN 80-7184-121-8.
11. KOMAČEKOVÁ, D. *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče- prevence, ochrana a podpora zdraví sestry*. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 26-28. ISSN 1210-0404.
12. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

13. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'stvo v zdraví pri práci*. Martin: Osveta, 2003. 155 s. ISBN 80-8063-109-3.
14. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
15. MINIBERGEROVÁ, L. , DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
16. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství III/1*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2004. 245 s. ISBN 80-7333-030-X.
17. NOVÁK, T. *Jak bojovat se stresem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 140 s. ISBN 80-247-0695-4.
18. O'CONNOR, M. , ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
19. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
20. PRAŠKO, J. , PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1697-8.
21. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
22. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN 80-7178-312-9.
23. SCHNACK, G., SCHNACKOVÁ, K. *Antistresové rituály*. Praha: Eminent, 2006. 135 s. ISBN 80-7281-229-7.
24. SLOUPOVÁ, H. *Problematika dekubitů*. [online]. r. 2002-2010 (cit. 2010-11-17). Dostupné z:
<http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?identifik=kos_392_t&id_kurz=&id_kap=4&id_teach=&kod_kurzu=kos_392&id_kap=4&id_set_test=&se arch=&kat=&startpos=1>.
25. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

26. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 216 s. ISBN 80-247-1777-8.
27. ŠTIKAR, J. , RYMEŠ, M. , RIEGEL, K. , HOSKOVEC, J. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. 461 s. ISBN 80-246-0448-5.
28. TYRLÍKOVÁ, I. a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
29. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
30. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
31. VENGLÁŘOVÁ, M. , MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
32. VÖRÖSOVÁ, G. , POLEDNÍKOVÁ, L'. a kol. *Interné ošetrovatel'stvo*. Žilina: Osveta, 2000. 114 s. ISBN 80-8063-051-8.
33. AUTOR NEUVEDEN. *Imobilizační syndrom*. [online]. Poslední revize 14.5.2010 (cit. 2010-11-17). Dostupné z:
<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Imobiliza%C4%8Dn%C3%AD_syndrom>.

8. Klíčová slova

Interní oddělení

Náročnost

Ošetrovatelská péče

Pacient

Relaxační techniky

Sestra

Stres

Syndrom vyhoření

9. Přílohy

Příloha 1- Otázky k rozhovorům

Příloha 2- Informační brožura pro sestry

Příloha 3- Přepis rozhovorů na CD (umístěno na zadní straně práce)

Příloha 1 Otázky k rozhovorům

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
4. Jakou funkci zastáváte?
5. Pracovala jste někdy na jiném oddělení než interním a na jakém?
6. Jaká je podle Vás náročnost Vaší práce?
7. Cítíte se fyzicky nebo psychicky vyčerpaná?
8. Jak často fyzicky manipulujete s pacientem, například polohujete?
9. Jaké onemocnění se podle Vás vyskytuje na tomto oddělení nejčastěji?
10. Jaká věková kategorie pacientů je na tomto oddělení hospitalizována?
11. Jak často se setkáváte při svém povolání se smrtí?
12. Jak přistupujete ke smrti a zemřelému?
13. Jaké relaxační techniky používáte ve volném čase?
14. Cítíte se ve svém povolání ve stresu?
15. Jak se vyrovnáváte se stresem?
16. Jaký typ péče aplikujete na vašem oddělení? (skupinová, individuální)
17. Kolik pacientů připadá průměrně na jednu sestru?
18. Pracujete v osmi nebo dvanácti hodinových směnách?
19. Zabýváte se událostmi z práce i po příchodu domů?
20. Jste často unavená po skončení pracovní doby?
21. Kolik času Vám přibližně zabere vyplňování ošetrovatelské dokumentace?
22. Jste spokojená s finančním ohodnocením Vaší práce?
23. Víte, co znamená pojem syndrom vyhoření?
24. Pociťujete na sobě některé ze známek syndromu vyhoření?

Příloha 2 Informační brožura pro sestry

Relaxační techniky

Informační brožura pro sestry



Markéta Kolářová, 2011

Obsah

1. Úvod.....	1
2. Autogenní trénink.....	2
3. Meditace.....	5
4. Jóga.....	7
5. Desatero, jak být v pohodě.....	8
6. Zdroje.....	9

1. Úvod

Tato informační brožura je určena především pro sestry pracující na standardním interním oddělení, může však pomoci i ostatním zdravotnickým pracovníkům v poznání základních informací o relaxačních technikách.

V následujících kapitolách se dozvíte informace o autogenním tréninku, meditaci a józe.

2. Autogenní trénink

Autogenní trénink je jednou z relaxačních technik, pomocí kterého si můžeme rychle obnovit síly a zbavit se tak vnitřního napětí. Při autogenním tréninku se využívají dva základní principy- princip relaxace a princip koncentrace.

Zásady cvičení:

- Udělejte si na cvičení čas, najděte si klidnou místnost, kde Vás nebude nikdo rušit, a lehněte si do pohodlné polohy.
- Myslete pouze na klid, který právě prožíváte, zapomeňte na to, co bylo nebo bude.

Pocit tíhy

Myslete nebo si představujte tíhu Vaší dominantní ruky, poté pokračujte na obě horní končetiny a nakonec na celé tělo. Celé tělo je těžké. Toto cvičení provádějte 3x denně po dobu 3-5 minut. Nácvik pocitu tíhy Vám bude trvat přibližně 14 dní.

Pocit tepla

Když zvládnete nacvičit pocit tíhy, přestupte dále k pocitu tepla. Princip je stejný. Nejdříve začněte dominantní rukou, pak oběma horními končetinami až skončíte u celého těla. Po celém těle se Vám rozlévá příjemné teplo.

Klidný dech

Když si dokážete navodit pocit tíhy a tepla, pokračujte soustředěním se na svůj klidný dech. Nesmíte ho ale vědomě ovlivňovat. Pouze se na něj soustředíte a uvědomujete si jeho pravidelnost a klid.

Srdce

Další fází autogenního tréninku je koncentrace mysli na tep svého srdce. Vnímejte, jak je Váš tep klidný, silný a pravidelný.

Teplo v břiše

V této fázi si představujte, jak se Vám rozlévá krásný pocit tepla uvnitř břicha i vně.

Chlad na čele

V poslední fázi si představujte, jak je Vaše čelo chladné, jak kdyby ho ovíval chladný vánek.

Při autogenním tréninku vždy dodržujte posloupnost fází, výsledkem pak bude uklidnění a harmonie Vašeho těla i mysli.

3. Meditace

Slovo meditace znamená v latinském překladu rozjímání. Je to stav, kdy je mysl zbavená všech myšlenek a soustředí se pouze na jeden objekt, např. dýchání.

Meditace má hluboký náboženský význam v souvislosti s buddhismem, ale je možné ji používat k relaxaci a regeneraci duše i těla.

Dynamická Oshova meditace je cvičení, které trvá asi hodinu, má pět fází a vede k vnitřní koncentraci.

Dýchání- hluboce se nadechněte a vydechněte, cílem je rozprouzení energie v těle. Tato fáze trvá 10 minut.

Katarze- uvolněte se, nechte dělat svoje tělo co žádá bez kontrolování mysli (plačte, smějte se, tančete,...). Tato fáze trvá 10 minut.

HuHu- skákejte se zdviženýma rukama, dopadejte na celé plošky nohou a při dopadu vykřikujte „Hu“. Tato fáze trvá 10 minut.

Stop- zastavte se, jako byste zmrzli. Uvědomte si, co se ve Vás momentálně děje. Tato fáze trvá 15 minut.

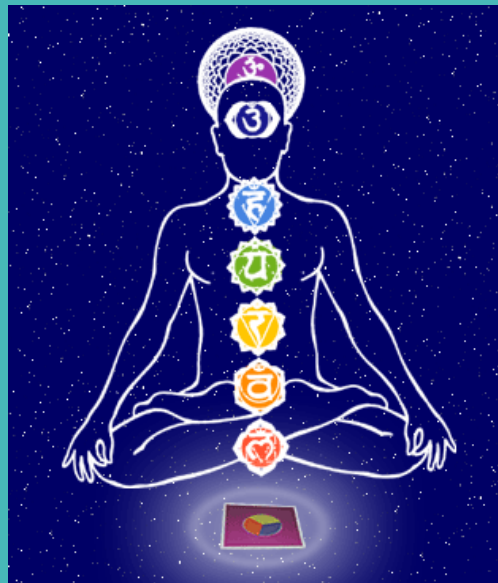
Uvolnění- uvolněte se a nechte volný průchod všem pocitům, nechte dělat tělo, co chce.

Cvičení můžete provozovat sami, v tom případě budete potřebovat určité soukromí, nebo ho můžete provozovat ve skupině více lidí, kdy se lépe uvolníte a vydáte ze sebe energii.



4. Jóga

Slovo jóga znamená sjednocení, splynutí a pochází z dob dávného starověku Indie. Jóga pracuje s přirozenými pohyby těla, učí, jak ovládat fyzické a psychické funkce. Sjednocuje a harmonizuje čakry v těle. K principům jógy patří uvolnění, harmonizace, správná výživa, správné dýchání a cvičení. V dnešní době si můžeme dokonce vybrat z různých typů- power jóga, klasická jóga, jóga pro děti, jóga pro těhotné, wellness jóga apod.



Desatero, jak být v pohodě:

1. Neboj se projevovat své city!
2. Soustřeď se více na své úspěchy než neúspěchy!
3. Uvědomuj si svou hodnotu!
4. Zkus říct nadřízenému svůj názor!
5. Nauč se zasmát se sám sobě!
6. Stanovuj si reálné cíle!
7. Pravidelně cvič a relaxuj!
8. Nauč se odpočívat v každé volné chvíli!
9. Dostatečně spi!
10. Neobviňuj, ale odpouštěj!

Zdroje:

1. WEIMEROVÁ, M. *Autogenní trénink- návod ke cvičení.* (online) Poslední revize: 2010 (cit 2011- 4- 7). Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/relaxace/autogenni-trenink>
2. AUTOR NEUVEDEN. *Osho.* (online) Poslední revize: 20.3.2011 (cit 2011- 4- 7) Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Dynamick%C3%A1_meditace
3. SKARNITZL, R. *Úvod do filozofie a praxe jógy.* Praha: Onyx, 1997. 256 s.
ISBN 80-85228-43-2
4. STEHLÍKOVÁ, D. *Desatero proti stresu a rakovině.* (online) Poslední revize: 2010 (cit 2011- 4- 7) Dostupné z: <http://www.ordinacestehlikova.cz/desatero-proti-stresu-a-rakovine/>