



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Zátěžové situace a ošetrovatelský personál

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **Ošetrovatelství ve vybraných
klinických oborech**

Autor: Bc. Lucie Marešová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem: „Zátěžové situace a ošetrovatelský personál“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.08.2016

.....

Bc.Lucie Marešová

Poděkování

Děkuji PhDr. Marii Trešlové, Ph.D za cenné rady, ochotu a trpělivost při psaní mé diplomové práce, též děkuji svému příteli a své dceři za ohromnou podporu a trpělivost po celou dobu mých studií.

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá zátěžovými situacemi v profesi ošetrovatelského personálu. Povolání sestry patří mezi jedno z nejnáročnějších. Je to povolání, ve kterém je sestra stále pod vlivem mnoha stresorů různého druhu. Často se setkává se smrtí, s trpícími, umírajícími a nevléčitelně nemocnými. Je přítomna ve chvílích bolesti, strádání a utrpení. Osobní setkání s těmito náročnými situacemi vyžaduje vysokou profesionalitu, ale především představuje pro sestru velkou pracovní zátěž.

V teoretické části jsou popsány především zátěžové situace, které jsou v profesi ošetrovatelského personálu nejčastější a nejnáročnější. Další část teoretické části popisuje možné následky zátěžových situací a způsoby jejich zvládnutí, včetně podpory ze strany managementu.

Práce má dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat způsoby, kterými se ošetrovatelský personál vyrovnává se zátěžovými situacemi v rámci své profese. A druhým cílem bylo zjistit rozdíly ve vyrovnávání se zátěžovými situacemi mezi nemocničním personálem a personálem hospiců.

Ve výzkumné části této práce byl proveden kvantitativní výzkum technikou anonymního dotazníku vlastní konstrukce, který obsahoval 20 otázek. Byl rozdan ošetrovatelskému personálu všech kategorií v nemocniční a hospicové péči. Celkem dotazník vyplnilo 269 respondentů. Data byla statisticky zpracována pomocí systémů Microsoft Excel 2010 a Software R ve verzi 3.0.2 (Chí kvadrát test, Fisherův exaktní test a Wilcoxonův test).

Stanovili jsme čtyři hypotézy. H1: Způsoby vyrovnávání se zátěžovými situacemi jsou závislé na dosažené kvalifikaci ošetrovatelského personálu, nebyla potvrzena. H2: Způsoby vyrovnávání se zátěžovými situacemi jsou ovlivněny délkou praxe personálu, nebyla potvrzena. H3: Způsoby zvládnutí zátěžových situací se liší mezi nemocničním personálem a personálem hospiců, byla potvrzena. H4: Ošetrovatelský personál vnímá při zvládnutí zátěžových situací jako účinnější vlastní psychohygienu, než podporu ze strany managementu, byla potvrzena.

Výsledky výzkumu ukazují, že ošetrovatelský personál pocítuje zátěžové situace velmi často. Za největší zátěž považují péči o trpícího a agresivního pacienta, dále konflikty s rodinou pacienta, konflikty na pracovišti a pracovní vytížení. Jako způsoby ve vyrovnávání s pracovní zátěží se jim nejvíce osvědčily relaxace, odpočinek a spánek. Rozdíly ve způsobech vyrovnávání se zátěží se mezi jednotlivými členy

ošetřovatelského týmu neprokázaly. Nicméně zvládání pracovní zátěže ošetřovatelských pracovníků v nemocniční a hospicové péči je rozdílné. Jako podporu v zátěžových situacích od zaměstnavatele pocítuje minimum respondentů. Nicméně určitá podpora ze strany managementu by se dala považovat ve formě školení, supervize či příspěvku na „zotavenou“, které jsou respondentům od zaměstnavatele, dle jejich odpovědí, umožněny. Respondenti by však více jako podporu od managementu uvítali např. zvýšení platu či více volna. Taktéž příprava absolventek na budoucí zátěžové situace v jejich profesi je považována respondenty za nedostatečnou. Doporučovali by především různá školení na téma stres a jeho zvládání.

Dobrým řešením pro ulehčení pracovní zátěže ošetřovatelského personálu a zvyšování kvality poskytovaných služeb, by mohla být investice do lepších pracovních podmínek, a to jak z hlediska zásobování dostatečných lidských i materiálních zdrojů, tak i samotného uspořádání pracovních procesů.

Klíčová slova:

stres; syndrom vyhoření; ošetřovatelský personál; pracovní zátěž; hospic

Abstract

This thesis deals with the stressful situations in the profession of the nursing staff. The occupation of the nurse belongs to the most demanding ones. In this occupation, the nurse is permanently affected by many stressors of different types. She faces death, the suffering, dying and incurably ill people very often. She is there in times of pain, agony and suffering. Personal encounters with these difficult situations require highly professional approach but most of all, they present immense work stress for the nurse.

The theory section describes mainly the stressful situations that are the most common and most difficult in the work of the nursing staff. The next part of the theory section describes possible consequences of the stressful situations and methods of managing them including the support by the management.

This thesis has two objectives. The first objective was to map the manners used by the nursing personnel to cope with the stressful situations brought by their profession. The second objective was to find out the difference in the coping with the stressful situations between the hospital staff and hospice staff.

The research section of this thesis contains the quantitative research done using the technique of an anonymous questionnaire with 20 question prepared by ourselves. The questionnaire was distributed to the nursing staff of all categories in the hospital and hospice care. It was completed by 269 respondents in total. The data was statistically processed using systems Microsoft Excel 2010 and Software R, version 3.0.2 (Chi-squared test, Fisher's exact test, and Wilcoxon test).

We determined four hypotheses. H1: Manners of coping with the stressful situations depend on the qualification of the nursing staff reached; not confirmed. H2: Manners of coping with the stressful situations are influenced by the length of practice of the staff; not confirmed. H3: Manners of coping with the stressful situations differ between the hospital staff and hospice staff; confirmed. H4: The nursing staff views their own mental hygiene as more efficient than the support from the management concerning the coping with the stressful situations; confirmed.

The research results show that the nursing staff faces the stressful situations very often. They see as the heaviest stress the care of the suffering and aggressive patient, conflicts with the patient's family, conflicts at work and workload. The manners of coping with the work burden which proved as the best for them are relax, rest and sleep. There were no differences proved in the manners of coping with the stress among

respective members of the nursing team. Nevertheless, the coping with the work burden of the nursing staff in the hospital and hospice care is different. A minimum of the respondents notices any support during the stressful situations from the employer. On the other hand, certain support by the management could be viewed in the form of trainings, supervision or contribution to a “recovery” which are granted to the respondents from the employer according to their answers. However, the respondents would prefer, as the support by the management, the increase in pay or more days off. The respondents view as insufficient the preparation of the graduates for the future stressful situations in their profession, as well. They would recommend mainly various trainings dealing with the stress and its management.

A good solution to alleviate the work burden of the nursing staff and quality enhancement of the services provided could be investments into better work conditions, both in terms of sufficient human and material resources and the very organization of the work processes.

Key words:

stress; burnout syndrome; nursing staff; work burden; hospice

Obsah

1. Současný stav	11
1.1 Ošetrovatelská péče	11
1.1.1 Pracovníci v oboru ošetrovatelství	11
1.1.2 Zařízení poskytování ošetrovatelské péče	13
<i>1.1.2.1 Nemocniční prostředí</i>	13
<i>1.1.2.2 Hospicová péče</i>	14
1.2 Zátěžové situace v profesi sestry	15
1.2.1 Umírající, nevléčitelně nemocný a trpící pacient	15
1.2.2 Smrt pacienta	18
1.2.3 Agresivní, zmatený a nespolupracující pacient	18
1.2.4 Rodina pacienta	21
1.2.5 Pracovní a osobní problémy v profesi sestry	22
1.3 Následky zátěžových situací	24
1.3.1 Stres	25
1.3.2 Syndrom vyhoření	26
1.4 Zvládání zátěžových situací	28
1.4.1 Duševní hygiena	29
1.4.2 Relaxace	31
<i>1.4.2.1 Relaxační metody</i>	31
1.4.3 Motivace a pracovní spokojenost	32
1.4.4 Prevence a podpora ze strany managementu	33
1.4.5 Supervize	34
2. Cíle a hypotézy	36
3. Metodika	37
4. Výsledky zpracování	38
4.1 Výsledky zpracování výzkumu	38
4.2 Výsledky zpracování hypotéz	59
5. Diskuse	66
6. Závěr	74
7. Seznam literatury	76
8. Přílohy	82

Motto:

„Lidem můžeme věnovat jen tolik energie, kolik jí máme na rozdávání.“

(Bartošíková, 2006)

Úvod

Tématům stresu, zátěžové situaci a syndromu vyhoření je u zdravotníků stále více kladen větší důraz, věnuje se jim mnoho publikací a bylo již mnoho popsáno v různých studiích. Přesto je o tato témata stále velký zájem. Na zdravotníky je kladeno čím dál více požadavků, často pracují pod velkým tlakem, v časové tísní, mají mnoho přesčasové práce pro nedostatek personálu, s nízkým finančním ohodnocením, mají širší kompetence a s tím spojenou i vyšší odpovědnost, bývají často unavení, vyčerpaní a někdy i zoufalí. Většina lidí, kteří se rozhodli pro profesi všeobecné sestry či jiné úrovně poskytování ošetrovatelské péče, chtějí toto povolání vykonávat na základě pomáhající profese – pomáhat druhým lidem. Je proto velmi smutné, když jejich počáteční nadšení a ideály, s kterými vstupují na dráhu této profese, po čase vystřídá zklamání z nepoměru mezi investicí do vytoužené práce a zisku z ní. Postupně zjišťují náročnost této práce, její úskalí v podobě velké fyzické a především psychické zátěže. Ocenění za tuto vykonanou práci je však velmi nízké. Proto velmi často a snadno dochází k situaci, kdy je sestra na pokraji svých sil, ztrácí chuť a sílu do další práce. Význam pomáhající profese pro ní přestává být důležitý a dostává se do stavu syndromu vyhoření. V takovém stavu často sestry odchází do zaměstnání mimo svůj obor a zdravotnictví tím přichází o kvalifikované a zkušené pracovníky.

Téma své diplomové práce jsem si vybrala z důvodu, že za svá léta praxe jsem měla možnost nahlédnout do několika druhů poskytování ošetrovatelské péče, od intenzivních lůžek, standardních lůžek, ambulantní péče i terénní a domácí hospicové péče. Tyto zkušenosti mě dovedli k myšlence, že ne všude jsou zátěžové situace a především téma smrti a umírání pacienta, sestrami přijímány stejně.

1 Současný stav

1.1 Ošetrovatelská péče

Současné ošetrovatelství je disciplína založená na samostatnosti sestry a týmové spolupráci s lékaři a ostatními členy zdravotnického týmu. Má vlastní koncepci, je realizováno formou ošetrovatelského procesu, vychází z vědeckých poznatků a má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Sestra je uznávána jako odborník ve své oblasti (Kutnohorská, 2010; Plevová, 2011; Špirudová, 2015).

Cílem ošetrovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života ve vztahu k udržení a podpoře zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírnění fyzické či psychické bolesti nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním, zmírňování utrpení nevlýčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Důležitá je orientace na člověka se všemi jeho potřebami a problémy, jejich aktivní vyhledávání, identifikace, stanovení příčin, stupně jejich závažnosti a stanovení nejvhodnějšího způsobu jejich řešení (Plevová, 2011; Špirudová, 2015).

Úkolem sester je pomáhat jednotlivci, rodině a skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich prostředím. Dále by měly vytvářet z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, podporovat soběstačnost člověka v péči o sebe sama, provádět prevenci onemocnění, spolehlivě zajišťovat ordinace lékaře, snižovat negativní vliv onemocnění a předcházet komplikacím, a nacházet a uspokojovat potřeby osob s porušeným zdravím. Nemocným, kteří o sebe nemohou nebo nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči (Plevová, 2011; Špirudová, 2015).

1.1.1 Pracovníci v oboru ošetrovatelství

Ošetrovatelství patří mezi tzv. regulovaná povolání. Jde o takové zdravotnické povolání, jehož výkon je spojen s možností ohrožení zdraví či života jiných lidí. Tato povolání podléhají splnění stanovených zákonných norem a přísným kritériím (Plevová, 2011). Ošetrovatelskou péči zajišťuje ošetrovatelský tým. Je to tým pracovníků, který se skládá ze všeobecných sester, zdravotnických asistentů (nově dle předloženého zákona se hovoří o označení praktická sestra), ošetrovatelek a sanitářů. Každý člen

ošetřovatelského týmu má specifickou náplň práce a kompetence. Účelnou koordinací jejich činností je zajišťováno poskytování komplexní ošetřovatelské péče, při níž každý člen ošetřovatelského týmu hraje nenahraditelnou úlohu (Elexová, Petr, 2006).

Ošetřovatelskou péči zajišťují následující typy ošetřovatelských pracovníků :

Všeobecná sestra: sestry s vysokoškolským vzděláním (absolventky bakalářských či navazujících magisterských oborů se zaměřením na ošetřovatelství), sestry s vyšším vzděláním (absolventky vyšších zdravotnických škol), zdravotní sestry, které vystudovaly ve starém systému vzdělávání (absolventky čtyřleté střední zdravotnické školy) a zdravotní sestry se specializací (získanou podle stávajících legislativních norem). Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetřovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Sestra je oprávněna pracovat samostatně na vymezených úsecích ošetřovatelství a vést práci zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (Zákon č. 96/2004 Sb.; Elexová, Petr, 2006; Plevová, 2011; Špirudová, 2015). Sestra navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb na základě oprávnění k samostatnému výkonu povolání v rozsahu činností k nim způsobilých (Arnoldová, 2012).

Zdravotnický asistent je střední odborný zdravotnický pracovník. Pracuje pod dohledem sestry, poskytuje základní a specializovanou ošetřovatelskou péči v rámci ošetřovatelského procesu, podílí se na získávání informací nutných k určení ošetřovatelských diagnóz a v míře určené sestrou plní ošetřovatelský plán a provádí ošetřovatelské výkony.

Ošetřovatel/ka je nižší odborný zdravotnický pracovník. Pracuje pod odborným dohledem sestry a podílí se na poskytování základní ošetřovatelské péče a specializované ošetřovatelské péče v rámci ošetřovatelského procesu.

Sanitář je pomocný zdravotnický pracovník. Vykonává pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetřovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče, pod odborným dohledem sestry se podílí na poskytování základní ošetřovatelské péče, pod přímým vedením sestry se podílí na poskytování specializované ošetřovatelské péče.

V České republice je pracovní činnost jednotlivých kategorií ošetřovatelských pracovníků upravena Zákonem č. 96/2004 Sb. a Vyhláškou č. 55/2011 Sb. Podrobněji

jsou rozpracovány zaměstnavatelem příslušného zdravotnického zařízení v rámci pracovní smlouvy.

1.1.2 Zařízení poskytování ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče je rozdělena na základní, specializovanou a vysoce specializovanou. Přičemž do základní ošetrovatelské péče spadají činnosti o pacienty bez porušených fyziologických funkcí a v dobrém psychickém stavu. Jde o činnosti související se základními potřebami ve standardních podmínkách a pomocné či přípravné práce. Specializovaná a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče se zaměřuje na pacienty s narušenými či selhávajícími životními funkcemi, s patologickými změnami psychického stavu, s omezenými aktivitami denního života či pacienty v terminálním stadiu. Zahrnuje komplex vysoce odborných ošetrovatelských činností jednotlivých oborů a je vykonávána zdravotnickým personálem dle jejich kompetencí (Plevová, 2011). Ošetrovatelská péče je v České republice poskytována v ambulantních či ústavních zařízeních nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta či jako komunitní péče.

Na základě prostředí poskytování a vykonávání ošetrovatelské péče se mění zátěž ošetrovatelského personálu.

1.1.2.1 Nemocniční prostředí

Nemocniční prostředí významným způsobem podmiňuje prožívání nemoci, léčby, vyšetření a celého adaptačního procesu pacienta. Působí na něj nepřetržitě po celou dobu pobytu v nemocnici. Může tak pozitivně či negativně ovlivnit jeho prožívání. Stejně tak působí nemocniční prostředí i na zaměstnance, a pokud převažují negativní faktory, může stoupat jejich nespokojenost (Skálová, 2006; Janečková, 2009; Plevová, 2011).

Nemocniční lůžková zdravotní péče se dělí na akutní intenzivní, akutní standardní a následnou či dlouhodobou péči. Pro její poskytnutí je potřeba hospitalizace pacienta a je poskytována nepřetržitě. *Akutní intenzivní lůžková péče* je poskytována pacientovi v případě náhlého ohrožení či selhání základních životních funkcí nebo v případě, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat. *Akutní standardní lůžková péče* je poskytována pacientovi s náhlým onemocněním či náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhání životních funkcí. Dále je tato péče poskytována za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provádět

ambulantně a za účelem včasné léčebné rehabilitace. *Následná lůžková péče* je poskytována pacientovi, kterému byla stanovena diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ale jeho zdravotní stav i nadále vyžaduje doléčení či léčebnou rehabilitační péči. Pokud je pacientům zdravotní stav již stabilizován a nelze další léčebnou péčí jeho stav již zlepšit a je potřeba i nadále poskytovat pacientovi ošetrovatelskou péči, bez které by se jeho stav naopak mohl zhoršovat, a která nemůže být poskytnuta v domácím či jiném pobytovém zařízení sociálních služeb, je pacientovi poskytována *dlouhodobá lůžková zdravotní péče* (Arnoldová, 2012).

1.1.2.2 Hospicová péče

Hospice jsou zdravotnická zařízení, která se svým zaměřením plně věnují péči o umírajícího a poskytují mu tzv. paliativní péči. Poskytují nejen zdravotnickou péči, ale především se zaměřují na léčbu bolesti a dalších symptomů či problémů nemocných s cílem dosažení co nejlepší kvality života nemocných v terminálním stadiu a jejich rodin. Tím jim umožňují důstojný konec jejich života. *Lůžková hospicová péče* je určena pro pacienty, kterým zdravotní stav neumožňuje pobyt doma. Také pro pacienty, o které by se v domácím prostředí neměl kdo dostatečně postarat a zajistit jim adekvátní péči. Při pobytu v hospici přebírá péči o klienta tým odborníků a rodina je členem týmu. I rodině pacienta je zde věnována zvláštní péče a to i po jeho smrti (Marková, 2010). Hospic je klasická forma poskytování paliativní péče. Obvykle se jedná o samostatné lůžkové zařízení s 20-30 lůžky. Prostředí se zde podobá spíše domácímu než nemocničnímu a rodina zde má neomezenou možnost pobývat s nemocným. Hospice jsou určeny pro pacienty v terminálním stadiu onemocnění (Vorlíček et al., 2006). *Domácí hospicová péče* je formou poskytování specializované paliativní péče. Je poskytována týmem odborníků, kteří poskytují všestrannou péči nejen pacientovi, ale i jeho rodině. Jsou schopni vyřešit v domácím prostředí jakékoli nastalé problémy spojené s umíráním a umožnit tak pacientovi zemřít doma. Zároveň jsou i velkou oporou pro rodinu umírajícího v době nemoci, umírání i v době truchlení. Umírat doma je ve většině případů pro pacientovu psychiku lepší. Pacient se ve svém prostředí cítí lépe, má okolo sebe své blízké a realita se stává přijatelnější. Na druhou stranu musí většinu péče o klienta zastat rodina a blízcí. Odborníci rodinu jen navštěvují. Ne každá rodina ale toto břemeno dokáže zvládnout (Marková, 2010).

1.2 Zátěžové situace v profesi sestry

Práci sestry může ovlivňovat několik činitelů, které mohou na sestru mít negativní účinek. Může jít o zátěž fyzikální (hluk, vibrace, radiační záření, špatné osvětlení, zápach), chemickou (léky, dezinfekce, alergenů), biologickou (infekce), fyzickou (zatížení páteře, svalového a kloubního aparátu - manipulace s pacienty, prádlem, zdravotnickým materiálem, statické zatížení - stání při práci, dynamické zatížení – popocházení, přecházení, narušení spánkového rytmu – práce na směny, nepravidelná strava a nedostatek hydratace, ...), a především zátěž psychickou, emocionální a sociální (neustálá pozornost a pečlivé sledování, rychlé přepojování mezi činnostmi, pružné reagování a danou situaci, velká zodpovědnost, samostatnost v rozhodování, respektování pravidel, improvizace, setkávání se s utrpením, bolestí, smrtí, pocity bezmoci, intimita pacienta, provádění nepříjemných činností, konfrontace s vlastními postoji, komunikace s rodinou pacienta, konflikt rolí, nízké ohodnocení, pocity selhání ve své profesi, požadavky na neustálé vzdělávání, pocity viny vůči sobě a vlastní rodině, aj.) (Bartošíková, 2006; Venglářová, 2011).

V pomáhajících profesích se zaměřujeme na řešení problémů a pomoc druhým lidem, na zvládnutí negativních emocí u sebe i druhých. Ale neustálé zabývání se nepříjemnými událostmi člověka vyčerpává a ubíjí. A pokud navíc pozitivní emoce a příjemné pocity v každodenním chvatu považujeme za „normální“, převažuje náhle únava, slabost a beznaděj. Hezkého a milého si přestáváme všimnout. Dlouhodobá nevyváženost mezi „bráním“ a „dáváním“ se mění v pocity vyčerpanosti, nezájmu, cynismu, a rozvíjí se v profesním i osobním životě v podobě syndromu vyhoření (Hájek, 2012).

V souladu s tématem a cíli práce budou v následujících kapitolách popsány zátěžové situace v práci sester, které jsou nejčastější a nejnáročnější.

1.2.1 Umírající, nevléčitelně nemocný a trpící pacient

Umírání je proces, který vede ke smrti jedince. V lékařské terminologii označujeme umíráním terminální stav, který je konečnou fází života, trvá různě dlouho a při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání vitálních funkcí a orgánů s důsledkem smrti (Kelnarová, 2007; Janáčková, 2008).

Péče o člověka na sklonku života je složitou úlohou, která v případě sestry předpokládá osobní zralost, moudrost, profesionalitu a lidskost (Vytejšková, 2013).

V minulém století bylo umírání zásadně lékařskou záležitostí, léčilo se „za každou cenu“ do úplného vyčerpání organismu. V posledních letech se ale postoj k umírání výrazně změnil, a to především s rozvojem paliativní medicíny (Vorlíček et al., 2006). Paliativní péči by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace (Marková, 2010). Týká všech umírajících a nevléčitelně nemocných, a tudíž i všech zdravotnických pracovníků. Vyžaduje vyšší úroveň profesní kvalifikace, schopnost umět rychle a zodpovědně zhodnotit a zasáhnout ve složitých situacích, umět unést bolest a smutek pacienta i rodiny. A jelikož i přesto, že většina lidí by si přála umřít doma, stále velké procento lidí umírá v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních. Zde je největší problém z pohledu paliativní medicíny umět včas rozpoznat, kdy již kurativní léčba nemocnému nepomůže a je potřeba přistoupit k paliativní péči. Toto poznání je bolestné nejen pro nemocného a jeho rodinu, ale i pro celý ošetřující tým. Zde je nezbytná pravdivá a citlivá komunikace s nemocným, zodpovězení všech jeho otázek a respektování jeho názoru na pokračování jeho léčby (Marková, 2010). Dobrá komunikace mezi sestrou a umírajícím pacientem může pozitivně ovlivnit pacientův stav a sestra tak může zjistit, jaké problémy a obavy umírající pacient má, jak se cítí, a stanovit priority jeho potřeb (Kelnarová, 2007). Otevřená a empatická komunikace zdravotníků s pacientem a jeho rodinou je základním předpokladem dobré paliativní péče (Vorlíček et al., 2006). Ve zdravotnických zařízeních ale komunikace s umírajícím pacientem není na dobré úrovni, a to především z důvodu nedostatku času, nedostatku praktických komunikačních dovedností či strachu ze smrti (Kelnarová, 2007). Sestry se často umírajícím pacientům vyhýbají, ignorují jejich emocionální projevy, záměrně mění téma rozhovoru či se zaměřují pouze na praktické úkony (O'Connor, 2005). Zvládnutí komunikace s umírajícím pacientem předpokládá vyjasnění osobních postojů zdravotníka k umírání a smrti. Péče o umírající představuje velkou zátěž pro personál. Zdrojem frustrací je pocit bezmoci a selhání (Venglářová, Mahrová, 2006). Do komunikace s umírajícím pacientem by sestra měla zahrnout i jeho rodinu. Rodina potřebuje vědět, že umírající nemocný nemá velké obtíže a bolesti, a být ujistěna, že sestra dělá vše pro to, aby jejich blízký netrpěl (Kelnarová, 2007).

Nemoc je chápána jako těžká životní situace, která klade zvýšené nároky na adaptaci, a to jak na nemocného, tak na jeho okolí. Přináší sebou tělesné, psychické i sociální změny. Vážně nemocný často pobývá v nemocnici, trpí odtržením od své rodiny, mění se jeho sociální role, ztrácí řadu kompetencí ve svém životě. Navíc nemoc bývá doprovázeno řadou nepříjemných průvodních symptomů, jako je chronická bolest.

Nemocný prochází řadou zákroků, ale mnohdy nedochází ke zlepšení stavu. Ztrácí svou soběstačnost, prožívá stavy úzkosti, rozladění a deprese. Někteří odmítají spolupracovat, komunikovat a mohou vznikat konflikty se zdravotníky, kteří jsou celou situací frustrováni (Venglářová, Mahrová, 2006).

Utrpení je tělesný a psychický stav, ke kterému dochází v důsledku zásadní negativní změny kvality lidského života. Ovlivňuje tělesné a psychické prožívání. Je dáno osobnostními charakteristikami jedince, jeho odolností a mírou adaptability. Zasahuje do myšlení, prožívání a chování člověka (Janáčková, 2008). Utrpení můžeme vnímat v mnoha rovinách. Utrpením může být vnímána nemoc, bolest, nehoda, neštěstí, zranění, stáří, hlad, bída, válka, opuštěnost či samota. Zdravotničtí pracovníci a především sestry se s utrpením, nemocí, bolestí setkávají každodenně. Vnímají utrpení jako něco, co má být překonáno a odstraněno. V dnešní době je utrpení ztotožňováno spíše s tělesnou bolestí, kdy se od sestry očekává, že podáním léku nám uleví a trápení zbaví. Je však důležité si uvědomit, že i utrpení a bolest mají v osobním životě svůj význam, který je jedinečný (Lukasová, 2006). Vyrovnávání se s utrpením hraje v lidském životě nezastupitelnou roli. Utrpení, trápení a bolest se netýkají jenom našeho těla, ale může být i emocionální či duševní. Může se dotýkat sociálních vazeb a jejich narušení. Pocity utrpení vedou člověka k vědomí, že je zranitelný, závislý na druhých. Prožitek a poznání utrpení je záležitostí individuální a hluboce osobní (Heřmanová et al., 2012).

Reakce lidí na utrpení vychází ze soucitu s trpícími a vede k aktu pomoci trpícím. Projevený soucit je důležitý a významný nejenom pro nás, ale i pro toho, kdo trpí. Samotná přítomnost toho, kdo projevuje soucit, je pro trpícího velmi důležitá. I když soucit nedokáže odstranit utrpení, je významnou společenskou vazbou, spojuje nás. Rozumět utrpení druhého znamená, že chápu, co to znamená trpět, že jsem se setkal s vlastním utrpením, a to nás spojuje. Je důležité rozpoznat, že pacient trpí. Tím projevíme zájem nebo soucit, a dáváme tím pacientovi najevo, že není sám. Pokud bychom utrpení ignorovali, mohli bychom ho zesilovat. Vyjádření soucitu je pro pacienta úlevné. Soucit je důležitou součástí poskytování profesionální péče sestry (Heřmanová et al., 2012).

Sestry se s utrpením setkávají stále. Jejich úkolem je projevy utrpení postřehnout, rozpoznat, a jednat tak, aby pacientovi pomohly. Tyto okamžiky v sesterské práci patří mezi obtížné a nelehké. Jsou emocionálně vypjaté, sestry se vnitřně dotýkají, přecházejí do jejího osobního života a mohou po čase způsobit pracovní otupění nebo syndrom

vyhoření (Heřmanová et al., 2012).

1.2.2 Smrt pacienta

Smrt je přirozenou součástí života. Týká se každého z nás. Postoj ke smrti je však u každého jiný. Závisí na osobnostních rysech, výchově a vlastních zkušenostech. Sestry by měly zaujímat profesionální postoj ke smrti.

Smrt je z biologického a lékařského hlediska definována jako konec biologického života (existence), dochází při ní k vymizení všech životně důležitých funkcí v organismu spojené s nezvratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt může nastat v kterémkoliv okamžiku života, je chápána různě a dělí se dle několika aspektů. Může jít o smrt náhlou či očekávanou, pomalou či rychlou, přirozenou či násilnou (Janáčková, 2008; Vytejšková, 2013).

Do poskytování zdravotní péče neodmyslitelně patří i péče o zemřelého. To je poslední povinností sestry vůči nemocnému (Kapounová, 2007). Ošetrovatelská péče o zemřelého je významnou odbornou ošetrovatelskou činností a patří z profesionálního hlediska mezi nejobtížnější práce sester a to jak po stránce manažerské, psychické, etické, sociální, kulturní, fyzické, právní tak i duchovní (Kelnerová, 2007). Při péči o mrtvé tělo by se sestra měla za všech okolností chovat taktně a důstojně, a dbát i po smrti na intimitu zemřelého. Tato situace bývá pro sestru velice stresující záležitostí. Ke stresujícím faktorům po smrti pacienta patří i komunikace s pozůstalými. Často je to jeden z nejtěžších úkolů sestry.

1.2.3 Agresivní, zmatený a nespolupracující pacienta

Při onemocnění dochází k řadě situací, které jsou pro nemocného nové, složité, kladou velké nároky na jeho adaptační mechanismy. Pokud navíc trpí bolestí, dyskomfortem, je daleko od svých blízkých a nemá možnost používat své způsoby zvládnání zátěže, mohou být jeho reakce jiné, než bychom očekávali. Každý člověk má reakce poněkud odlišné (Venglářová, Mahrová, 2006).

Agrese je silná emoční reakce spojená s pocity hněvu, vzteku, nenávisti nebo pocity frustrace či bezmoci. Může se vyskytnout též jako sebezáchovný či obranný pud, nebo jako touha ničit. Agrese je projevem agresivního chování, které může vyústit ve stav zuřivosti a vést tak k přímému či nepřímému napadení druhého člověka či ničení předmětů (Petr, 2006; Venglářová, Mahrová, 2006; Němec, Stuchlíková, 2007).

Příčinou agresivního chování může být mnoho důvodů. Může jít o osobní problémy

pacienta (problémy v rodině, ve vztahu, finanční problémy, problémy v práci, stres, přepracovanost aj.), chorobný proces (delirium, horečka, bolest, zánětlivé procesy, zranění, hypoxie, aj.), intoxikace alkoholem, drogy, léky, nedostatek pozornosti druhých lidí, nedostatek činností, nuda, strach, neinformovanost. A mnoho dalších (Petr, 2006). Agresivně se může chovat i pacient, který až příliš citlivě vnímá aktuálně sdělenou nepříznivou diagnózu, špatnou prognózu, omezenou možnost léčby, či silnou bolest, která ho trápí a omezuje. Příčinou agresivního chování může být například i dlouhé čekání na ošetření, dlouhodobý stres, existenční obavy, ztráta zaměstnání aj. (Linhartová, 2007).

Agresivní chování lze tedy definovat jako porušení sociálních norem, které omezují práva a narušují integritu živých bytostí i neživých objektů. Je to symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení s cílem něčeho dosáhnout, získat, zmocnit se, zastrašit či se bránit. Může mít projevy pouhého nepřátelství (hostility, antipatie), projevy verbální, kdy dochází k slovnímu napadení, jako jsou nadávky, křik a vyhrožování, nebo projevy neverbální, kdy dochází k narušení osobní zóny, je zde jasná gestikulace – zatínání pěstí, sevření rtů, zrudnutí, atd., nebo dochází k fyzickému napadení s použitím nějakého předmětu, údery, kopáním a dalšími způsoby za účelem tělesného zranění. Zvláštní formou agrese je sebepoškozování (autoagrese), které může vést k sebevraždě (Petr, 2006; Venglářová, Mahrová, 2006; Němec, Stuchlíková, 2007).

Neklid je stav zvýšené pohybové aktivity, která se může projevat jako zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání, až jako výrazný celkový neklid, označovaný jako agitovanost (Petr, 2006).

Zvládání neklidu a kontaktu s nespolupracujícím a agresivním pacientem je jedním z mnoha specifík práce sestry. Při své praxi se sestra setkává s celou řadou komplikovaných situací a to jakým způsobem danou situaci zvládne, záleží na jejích zkušenostech, teoretických znalostech a schopnosti zvolit vhodný přístup. Rozmanitost situací je veliká a je proto nemožné podat jednoznačný návod k jejich řešení. Sestra se při své práci může setkávat s různými projevy neklidu a agrese. Měla by tyto projevy včas umět rozpoznat, vyhodnotit rizika, vhodným způsobem předcházet rozvoji a učinit taková opatření, kterými bude zajištěna bezpečnost jak pro pacienta, tak i pro jeho okolí. Vhodným profesionálním přístupem se dá mnohým nepříjemným konfliktům s pacientem předcházet (Petr, 2006).

Ve zdravotnických zařízeních se poměrně často setkáváme s agresivním pacientem. V poslední době dochází k napadnutí zdravotníka pacientem stále častěji.

Ošetřovatelský personál bývá často napadán jak slovně, tak fyzicky. Není jednoduché se útoku účinně a správně bránit, proto je důležité agresí předcházet, umět včas a správně hrozící agresii rozpoznat a adekvátně reagovat (Linhartová, 2007).

Projevy nevhodného až agresivního chování se mohou objevit i u zdravotnického personálu vůči pacientovi. Tyto reakce jsou často vyvolány právě samotným pacientem (nebo jeho rodinou), kteří nespolupracují při léčení, sami projevují agresivitu vůči zdravotníkům. Zdravotníci si přestávají být jisti svou profesionalitou a přecházejí do obrany (Venglářová, Mahrová, 2006).

Péče o agresivního klienta je velice náročná. Jde o velkou psychickou a fyzickou zátěž. Domluva s agresivním pacientem je složitá a komplikovaná. Často není možno pacientovi cokoli sdělit, protože to co sestra sděluje, pacient nevnímá či vnímá jinak. Cokoli řekneme, může vyvolat v pacientovi agresivní chování. Proto tyto situace vyžadují vysokou profesionalitu, kam patří i trpělivost a sebeovládání. Sestra musí umět zachovat klid a zároveň musí znát a dodržovat dané standardy a bezpečnostní opatření.

Dezorientace je porucha vědomí jedince v čase, místě a situaci. Je to neschopnost správně identifikovat sebe ve vztahu k okolí. Může být příčinou, ale i příznakem různých onemocnění (Výkladový slovník, 2007). Zmatenost je stav narušeného stavu pozornosti, vnímání, myšlení, orientace. Může dojít ke změně psychomotorického tempa nebo ke snížení úrovně vědomí. Zmatenost dělíme na akutní a chronickou (NANDA, 2013). Akutní zmatenost vzniká náhle a je přechodná. Příčinou bývá např. delirium při organickém poškození mozku nebo delirium tremens jako psychóza při alkoholismu. Chronická zmatenost je dlouhodobá a nevratná. Dochází při ní k postupnému úbytku intelektových schopností, úpadku osobnosti, poruše myšlení, paměti, orientace a chování. Nejčastějšími příčinami chronické zmatenosti jsou demence, cévní mozkové příhody a stavy po poranění hlavy (Kovandová, 2006).

Zmatený pacient je svým chováním nebezpečný především sám sobě. Je dezorientován, mívá halucinace a bludy, je hyperaktivní, nepozorný a může se snadno zranit či upadnout. Takový klient vyžaduje náročnou péči. Jednou z nejdůležitějších částí ošetřování dezorientovaného pacienta je jednoduchá, jasná, stručná komunikace, protože u těchto lidí bývá často porušena i chápavost. Hovoříme pomalu, zřetelně a přiměřeně hlasitě. Tvoříme jednoduché krátké věty, a dáváme pacientovi dostatek času se vyjádřit. Popřípadě informaci opakujeme. Neporozumění by mohlo vést k neklidu až agresii (Kovandová, 2006).

Sestry se ve své praxi setkávají i s pacienty, které označují jako „problémové“.

Problém může být ve způsobu komunikace, chování, způsobu života či odmítání léčby. Vztahy k těmto pacientům mohou být značně problematické a mohou ovlivnit i způsob, jakým sestra poskytuje péči. I když v nás tito pacienti vyvolávají negativní pocity, musíme se snažit přistupovat k nim jako k pacientům, kteří potřebují naše profesionální vědomosti, dovednosti a lidský přístup (Heřmanová et al., 2012).

1.2.4 Rodina pacienta

Nemocný je součástí nějaké rodiny a tato rodina patří k nemocnému (Marková, 2010). Každá rodina má svou jedinečnou historii, tradice, hodnoty, způsob komunikace a charakteristické způsoby, jak zvládat každodenní život (Vorlíček et al., 2006). Sestra musí tento fakt mít na paměti a umět rodinu pacienta přijmout. Tak jako každý pacient je individuální, i každá rodina bude jiná. Některá se o pacienta stará, informuje se, zajímá se, spolupracuje s ošetrovatelským týmem. Jiná může být uzavřená, nespolupracující, nespokojená a někdy až konfliktní. Neznáme jejich historii, jejich starosti, rituály a především jejich vzájemné vztahy. Nemůžeme předpokládat, že všude se k sobě chovají hezky, mají se rádi, vzájemně se podporují. Konflikty a nepřátelství uvnitř rodin jsou známy od pradávna, a ne jinak tomu je i v dnešní době.

Úloha rodiny se během vývoje změnila, přesto je její funkce stále nenahraditelná. Sehrává v péči o nemocného významnou roli, poskytuje svým členům péči a ochranu v době, kdy se o sebe nejsou schopni postarat, poskytuje zdravotnickému týmu cenné informace (Marková, Venglářová, 2006; Kapounová, 2007; Bužgová, 2015). Ošetřující personál během hospitalizace nemůže pacientovi rodinu nahradit, ale mohou rodině pomoci „zůstat spolu v kontaktu“, nefunkčním rodinám pak mohou pomoci nalézt způsob usmíření (Bužgová, 2015).

Součástí ošetrovatelské péče je zajímat se o rodinu pacienta, snažit se zjistit alespoň nějaké informace, které by nám lépe pomohly pochopit jednání, chování pacienta, situaci, do které se dostal a především zmapovat následnou spolupráci. Ne vždy je tento úkol ale snadný. Mnohdy nám nehodlá pacient nic sdělit, nespolupracuje nebo se nachází v takovém stavu, že nám ani nemůže informace poskytnout. A právě informace o pacientovi od jeho rodiny či naopak informace o jeho rodině jsou důležitou součástí efektivní péče o pacienta. Můžeme tak napomoci snadnějšímu uzdravování, prožívání nemoci, snášení bolesti a útrap, zmírnit tak pacientovi pocity samoty, strádání a bezmoci. Umírajícímu pacientovi tak umožňujeme zemřít v klidu, po boku svých blízkých (Bužgová, 2015). Na druhou stranu sestra musí umět dobře vyhodnotit

rodinnou situaci pacienta, respektovat přání pacienta, pokud např. někomu nechce poskytovat informace o jeho zdravotním stavu či si nepřeje návštěvy k lůžku a jiné záležitosti. Protože pouze pacient ví, zná, ... má svá práva, svou důstojnost... a my jsme povinni ho respektovat.

Ošetrovatelský personál nepracuje jenom s pacientem, ale měl by umět být oporou a pomoci i pro jeho rodinu. Měl by jim umět vytvářet oporu nejen fyzickou – pomoc, poradit, ukázat, zajistit, vysvětlit,...ale především psychickou, podpořit je, uklidnit je, pochopit je. Vždyť konflikty s rodinnými příslušníky vznikají především na základě špatné komunikace a nespolupráce.

Rodina potřebuje vědět, že je o jejich příbuzného dobře postaráno, že nestrádá a netrpí bolestí, že se o něj staráme dle svých maximálních možností a schopností (Marková, 2010). Podpora rodinných příslušníků musí být v rámci zdravotní péče ale přiměřená. Některé rodiny jsou schopny celou situaci zvládnout samy a podporu a péči nepotřebují či dokonce odmítají. V jiných rodinách tomu může být naopak. V péči o rodinné příslušníky musí být respektováno jejich soukromí (Bužgová, 2015).

Podpora rodiny je důležitou součástí v paliativní péči, a to nejen v domácím prostředí či hospicové péči, ale také v nemocnicích a odděleních následné péče. Za rodinu považujeme ty osoby, které pacient za rodinu sám považuje.

1.2.5 Pracovní a osobní problémy v profesi sestry

„Spokojenost s prací se přelévá do celkové spokojenosti se životem a celková spokojenost se životem ovlivňuje spokojenost s prací.“ (Křivohlavý, 2013, str. 43)

Všechny pracovní problémy ovlivňují naši psychiku, naše psychika ovlivňuje naše fyzické schopnosti a ty pak zpětně ovlivňují naše pracovní výkony.

Pracovní zátěž v profesi sestry není malá. Naopak je až příliš velká a nese vysoké riziko syndromu vyhoření. Na sestru je během pracovní doby vyvíjen neustálý tlak a to nejen ze strany pacientů, ale také od jejich rodinných příslušníků, lékařů, kolegů, nadřízených a ostatních zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. Na sestry je během jejich pracovní doby kladeno čím dál více požadavků, často pracují pod velkým tlakem, vykonávají několik činností najednou, pracují s obtížnými pacienty, s velkým fyzickým a psychickým nasazením, v časové tísní, mají mnoho přesčasové práce pro nedostatek personálu, mají nízké nebo žádné finanční ohodnocení, mají větší kompetence a s tím spojenou i vyšší odpovědnost, pracují v nočních hodinách, bývají často unavené, vyčerpané a zoufalé. Přesto se od nich očekává vysoká profesionalita a

oddanost ke své práci (Vévoda, 2013).

Smysluplnost práce, kterou děláme, se nevztahuje jen na to, co děláme, ale také na to, s kým to děláme, v jakém společenském seskupení, v jakém pracovním týmu. Atmosféra pracovního týmu může být různá. Některá nás přitahuje, může se stát cílem našeho pracovního nasazení, jiná nás může naopak odrazovat (Křivohlavý, 2013).

Snad nejtěžší zátěží pro ošetrovatelský personál jsou však konflikty na pracovišti. Konflikty na pracovišti byly, jsou a budou. Dá se říct, že na každém pracovišti dochází ke konfliktům, jsou přirozenou součástí a nelze je eliminovat. Může však kvůli nim docházet ke snížení motivace a ochotě k další spolupráci, zhoršení sociálního klimatu v organizaci a pracovním týmu. Je proto důležité konfliktní situace minimalizovat.

Konfliktem rozumíme střet názorů, neshody, rozpor. Konflikt může být mobilizující, který vede k aktivnímu řešení nevyhovující situace. Ale konflikt, který přetrvává, dochází při něm k rozvracení kolektivu, ubývá v něm zúčastněným síla a důvěra na zlepšení, je konflikt destruktivní. Konflikt dělíme na vnitřní (prožitek vnitřního napětí), intrapersonální (mezi dvěma či více osobami) a konflikt skupin. Příčinou konfliktů mezi personálem bývají nejčastěji např. informační zkreslení, osobnostní rozdíly, odlišné vnímání situace, rozdílné hodnocení skutečností a jejich interpretace či rozdílné uspokojení potřeb jednotlivých účastníků (Plamínek, 2009; Venglářová, 2011). Při konfliktu dochází k potlačení racionálního jednání, k negativnímu postoji k soupeři, k negativním emocionálním reakcím a k ztrátě sebekontroly. Může dojít k uzavření se, což dále znemožňuje smysluplnou komunikaci. Snižuje se respekt k autoritě. V opačném smyslu může konflikt vyvolat potřebu zamyslet se nad problémem a jeho řešení. Je-li konflikt správně řešen, může vztah mezi personálem posílit (Vévoda, 2013). V konfliktních situacích dochází k psychické újmě, k negativním emocionálním zážitkům, objevuje se zlost, vztek, závist a nenávisť, hněv, odpor či psychická bolest. I po proběhlém konfliktu se nám situace neustále vrací, narušuje nám spánek, objevují se myšlenky na pomstu. Negativní emoce mohou vyústit v psychosomatická onemocnění (Křivohlavý, 2010).

Jako hlavní příčiny konfliktů na pracovišti ve zdravotnictví označují sestry pracovní přetížení, únavu a vyčerpanost, dále pak nadřazené chování lékařů a osobnostní rysy jednotlivých pracovníků (Venglářová, 2011). Konflikty či nedorozumění často vznikají na základě špatné komunikace, ať již z nedostatečné, chybné, jednostranné nebo nesprávného přístupu spolupracovníků navzájem. Zde je jediným efektivním řešením správná komunikace (Vévoda, 2013).

Konflikty na pracovišti mohou mít za následek zvýšenou nemocnost, nadprůměrnou fluktuaci personálu, nezáměr o spolupráci, špatné předávání informací či vyhocení situace. Důležité je proto umět konfliktům předcházet a již vzniklý konflikt řešit co nejdříve a zároveň tak, aby přinášely pozitivní výsledek. Neřešení konfliktních situací mezi zdravotnickými pracovníky může mít negativní účinek na kvalitu poskytované péče (Vévoda, 2013).

Stejně jako pracovní vypětí ovlivňuje naše prožívání, stejně tak i osobní život a problémy v něm jsou příčinami našeho psychického vypětí a strádání. Tyto dvě složky nelze ve zdravotnické profesi nijak oddělit. I sestry jsou jen lidmi, mají své rodiny, starosti, radosti, zájmy i nálady. Z hlediska profesionality by se osobní a pracovní život v roli sestry neměl spojovat, ale ne vždy to lze. Pokud jsme v osobním životě spokojeni, provádíme svou práci většinou bez komplikací, v dobré náladě a s nasazením, jaké se od nás očekává. Pokud se však v osobním životě vyskytnou nějaké problémy, ovlivňuje to beze sporu i náš pracovní výkon. Jsme unavené, vyčerpané, podrážděné, naše tempo je zpomalené, jsme více nepozorné a snadněji uděláme chybu, která v profesi sestry může mít i fatální důsledky. Také v takovém psychickém vypětí dochází snadněji ke konfliktům na pracovišti, a to nejen s pacientem, ale i s kolegy, lékaři aj.

Osobní problémy mohou mít různý původ. Sestra může prožívat náročné období v rodině, ať už ve vztazích, trápení s dětmi, zdravotní potíže rodičů, konflikty s přáteli, nedostatek času na své zájmy, pocity osamělosti, bezmoci, strádání. Může také řešit finanční či dokonce existenciální situaci. Častým osobním problémem, který se těžko odděluje od pracovních záležitostí, bývá nemoc nebo zdravotní potíže.

Osobní problémy ovlivňují práci sestry a naopak stres z práce zasahuje do jejího osobního života. A když se stresové situace nakumulují, hrozí syndrom vyhoření!

1.3 Následky zátěžových situací

Každý z nás je individualita, s vlastními postoji, hodnotami, zkušenostmi a osobními rysy. Proto i na zátěžové situace reagujeme každý jinak. Důležité je i jaké máme momentální psychické a fyzické zdroje, jaký je náš současný zdravotní stav, zda-li je pro nás určitá zátěžová situace snesitelná, náročná či přímo nesnesitelná. Podstatnou roli může hrát i moment, kdy se zátěžových situací sejde několik najednou.

Určitý podíl odolnosti vůči stresu a vzniku vyhoření mají i osobnostní charakteristiky, které vedou k určitému stylu hodnocení a zvládání zátěže (např. schopnost empatie, emocionální stabilita, zdravé sebehodnocení či schopnost relaxace)

(Bartošíková, 2006).

1.3.1 Stres

Stres lze chápat jako psychický a somatický stav, který znamená v určité situaci silnější a dlouhotrvající prožitek než obvykle. Somatické změny se týkají především vegetativních změn. Psychické změny se projevují jako vnitřní vzrušení, napětí či silné emoce. Stres je stavem či reakcí na selhání adaptačních mechanismů v přizpůsobení se zátěžovým situacím. Pokud není stres včas potlačen, může vyvolat různá onemocnění včetně psychofyzického vyčerpání (Bartošíková, 2006).

Stres bývá v dnešní době často používaným výrazem a vnímán pouze jako záporný element. Stresové reakce jsou ale přirozenou součástí naší genetické výbavy a v určité míře nás pobízí k aktivitě a chrání před možným nebezpečím. Bývá překládán jako zátěž, tlak či napětí (Andršová, 2012).

Stres je fyziologická, emocionální a poznávací reakce v chování jedince vystaveného stresorům, kterými bývají nejčastěji každodenní životní skutečnosti: práce, mezilidské vztahy, rodina, volný čas. Jestliže je tato reakce příliš silná nebo příliš trvalá, začínají problémy – přílišná emocionalita narušuje (urychluje) fyziologické funkce, zvyšuje napětí, vyvolává funkční a později organické potíže, napomáhá vzniku úzkostným a depresivním stavům. Dochází ke zvyšování únavy a snižování efektivnosti uvažování a jednání (Venglářová, 2011). Stres má za následek i ekonomické problémy v podobě pracovní absence, snížení produktivity či nezbytnou zdravotní péči.

Křivohlavý (2010) přirovnává stres ke sněhové kouli, kterou ze všech stran stlačujeme tak moc, až z ní začne kapat voda a koule se mění v kus ledu. Dále tvrdí, že ke stresu dochází, pokud požadavky, které jsou na člověka vkládány a možnosti, které je schopen udělat, snést a vytrpět jsou v nerovnováze. Když jsou možnosti člověka větší, než to co se po něm chce, je v pohodě. Pokud je to obráceně, dochází ke stresu.

Jiná definice popisuje stres jako nespecifickou obrannou reakci (odpověď) organismu na jakýkoli požadavek (zátěž), kterým byl organismus zatížen. Stres si můžeme vysvětlit i jako dlouhodobou tělesnou nebo psychickou zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů. Stres může být také chápán jako silná frustrace nebo deprivace. V těchto stavech hovoříme o dočasném neuspokojování potřeb (Venglářová, 2011). Ke stresu nevede pouze přetížení, nýbrž i nedostatečné vytížení, motivace, nuda. Nastává nechuť k práci, kolísá pozornost, člověk bývá spavý. Tyto příznaky se objevují u jednostranné a stále dokola se opakující

jednoduché pracovní činnosti, pro níž je pracovník nadměrně kvalifikován (Kraska-Lüdecke, 2007).

Stres dělíme na eustres, kdy sice dochází k přetížení člověka, ale celková situace je pro něj žádoucí, a na distres, který člověku škodí. V těchto situacích je potřeba zátěž omezovat, odstraňovat, zmenšovat a minimalizovat (Křivohlavý, 2010).

Již od pradávna člověk v ohrožení reaguje dvěma způsoby, buď začne bojovat, nebo uteče. I ve stresových situacích dochází k mobilizaci rezerv a přípravě na akci. Určité stresové situace dokážeme potlačit, pokud je však stres hodně velký nebo dlouhodobý, mohou se objevovat trvalejší příznaky, které následně vedou k nemocem (Bartošiková, 2006; Venglářová, 2011).

Příznaky stresového stavu rozdělujeme na *behaviorální příznaky (chování)*: nejistota v rozhodování, změněný denní rytmus (porucha spánku, únava), změny příjmu potravy, nepozornost, nechuť k práci, snížené množství práce a její zhoršená kvalita, zvýšený příjem alkoholu, cigaret a drog; *psychologické příznaky*: náladovost, podrážděnost, nadměrná únava, nadměrné starosti o své zdraví a visáž, otupělost, omezování kontaktu s druhými lidmi, izolace; a *fyzilogické příznaky*: palpitace, bolesti hlavy, bolesti zad, zvýšené svalové napětí, bolesti na hrudi, nechutenství, plynatost, bolesti břicha, časté močení, ztráta chuti k sexu, změny v menstruačním cyklu, migrény, vyrážka, porucha vizu (Křivohlavý, 2010; Venglářová, 2011).

Sestra je při výkonu své práce pod neustálým tlakem ze všech stran, nemá možnost se stresorům vyhnout. Zátěž se tím prohlubuje a to přirozeně vede ke stresu.

O stresu lze hovořit jako o spouštěči, který dokáže nastartovat téměř každou nemoc.

1.3.2 Syndrom vyhoření

Syndromem vyhoření je považován stav psychického vyčerpání, který je důsledkem dlouhodobých stresových pracovních podmínek. Často se objevuje v profesích charakterizovaných vysokou pracovní a emocionální náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a neadekvátním ohodnocením. Přesně taková je zdravotnická profese (Bartošiková, 2006). Syndrom vyhoření - „burnout“ je Honzákem (in Janáčková, 2008) popsán jako profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky, ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenění a negativní postoje k povolání. Dle Křivohlavého (2009) je syndrom vyhoření definován jako psychosomatické onemocnění, které je projevem nadměrného a dlouhotrvajícího stresu a při kterém dochází k fyzickému, psychickému

a emocionálnímu vyčerpání organismu. Už v roce 1974 byl tento stav popsán Herbertem Freudenbergerem jako pocity únavy, vyčerpání, chladu, tělesných obtíží projevujících se opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, gastrointestinálními obtížemi, příznaky ve sféře psychické a behaviorální (Freudenberger, 1974).

Blatnická a Novotná (2013) ve své článku uvádějí, že někteří autoři se shodují na tom, že syndrom vyhoření spíše vznikne u pomáhajících profesí, jejichž představitelé jsou zvýšeně senzitivní, nedokážou zmírnit míru citové angažovanosti nad trápením pacienta a jsou k tomuto syndromu predisponováni více než jiní. Syndrom vyhoření tedy může nastat, jestliže sestra pro svou práci tzv. plane, je plná ideálů a nerealistických představ. Možným faktorem k rozvoji syndromu vyhoření je i závislost na práci či neschopnost sestry odmítnout další úkoly a je jimi přehlčena.

Syndrom vyhoření znamená specifickou emoční únavu, stav citové vyčerpanosti, ke které dochází v momentě vyčerpání psychických rezerv z důsledku chronického stresu a zanedbáváním svých potřeb – nerovnováha mezi „výdejem“ a „příjmem“, zátěží a klidem, aktivitou a odpočinkem (Andršová, 2012). Baštecká (in Kalvach et al., 2011) popisuje emoční únavu u vyhořelého pracovníka pochybovačnou nedůvěrou, necitlivou otrlostí vůči lidem, kterým má pomáhat. Jeho pacienti mu jsou jedno, otravují ho, práce ho nebaví, výkonnost klesá. K vyhoření vedou i nároky na stálý a bezchybný pracovní výkon.

Syndrom je vždy spojen a otázkou smyslu vlastní práce. Objevuje se především u lidí, kteří pracují s lidmi a tam, kde hodnocení efektivity vykonané práce závisí na hodnocení jiných lidí. Zdravotnictví patří k oborům, kde riziko vzniku syndromu vyhoření je vysoké. Rizikovým faktorem je zde profese, jejíž součástí je náročná práce s lidmi, nebo sám jedinec, který je méně odolný vůči stresu, má nízké sebevědomí a je emočně labilní nebo depresivní. Vždy je nutné rozlišit syndrom vyhoření od depresivních poruch. Syndrom vyhoření postihuje především pracovní sféru u lidí, kteří jsou psychicky zdraví (Kapounová, 2007).

Práce sestry bezpochyby spadá mezi náročné profese. Častý stres, frustrace z nenaplněných představ o postupu léčby, velká emocionální zátěž, vliv pracovní zátěže (špatné pracovní podmínky, nesoulad týmu, autoritativnost vedení, míra svobody) vedou často ve velmi krátké době k syndromu vyhoření. Zvláště některé skupiny pacientů kladou velké nároky na sebeovládání sestry (Petr, 2006).

Mezi příznaky syndromu vyhoření patří *emocionální vyčerpání*. Člověk se v této fázi cítí emocionálně „vysátý“, ztrácí zájem o druhé lidi, nezajímají ho problémy jiných,

prožívá pocit beznaděje, bezmoci, prázdnoty, snaží se vyhýbat lidem kolem sebe. Pokud není možné zamezit kontaktu, reaguje spíše podrážděně, necitlivě, nepřátelsky. Tyto pocity se postupně stupňují a přenášejí se i do osobního života, kdy i rodina a nejbližší jsou pro dotyčného spíše přítěží než oporou. *Psychické vyčerpání* znamená postupnou ztrátu energie a ideálů, vede k negativnímu postoji k práci, k životu i k sobě samému. Člověk se stává cynický, pesimistický, všechno je pro něj problém, vše ho obtěžuje. Jeho činnosti se omezují na rutinní záležitosti, ztrácí smysl života, objevují se poruchy soustředění a zapomnětlivost. Mohou se objevit i sebevražedné myšlenky. *Tělesné vyčerpání* provází především chronická únava, pocity nedostatku energie, svalové bolesti a celková slabost. Objevují se poruchy spánku, snížená imunita vůči nemocem, úrazům, změny ve stravování a s tím spojené změny tělesné hmotnosti. Snadno se sáhne po alkoholu či jiné návykové látce (Venglářová, 2011).

Ze studie Lazareva et al. (2014) vyplývá, že syndrom vyhoření se nejvíce projevuje fází resistance (55 %), kdy dochází k přetěžování systému, člověk rezignuje na okolí, projevuje se stažeností, sklíčeností a emočními reakcemi. Velká frekvence výskytu syndromu vyhoření má negativní vliv na psychologickou složku profesního chování sester.

Vyhoření je proces, který se neustále vyvíjí a může trvat různě dlouho, někdy je to záležitost několika měsíců či let. Může skončit jakýmkoli psychosomatickým onemocněním. Syndrom vyhoření, který není zavčas zpozorován, může dojít do tzv. profesionální deformace, kde se zdravotník stává vůči ostatním lhostejný, bez zájmu o druhou osobu (Venglářová, 2011). Poté může mít dopady na kvalitu poskytované péče. Zdravotník je nespokojený, prokazuje nižší výkonnost, menší zájem o pacienta a vyšší pravděpodobnost pracovní chyby. Následně může dojít k iatrogenímu poškození pacienta. Mohou se také vyskytnout deprese, které sebou nesou riziko zneužívání návykových látek a nebezpečí suicidia (Andršová, 2012).

1.4 Zvládání zátěžových situací

Jestliže se v některých vztazích zabýváme trápením druhých (emočně se vydáváme), musíme mít své zdroje, kde energii opět doplňujeme. Jsou to chvíle, při nichž pocítujeme klid a mír, radost, lásku, vzájemnost, porozumění, spokojenost a štěstí. Často však musíme takovéto situace aktivně vyhledávat a rozvíjet (Hájek, 2012).

Energii můžeme získávat v běžných dnech, nemusíme čekat na výjimečné situace, jako je např. dovolená. Je důležité si v každodenním životě uvědomit, co se povedlo, co

nás baví, na co se těšíme. Pokud se toto vytratí z našeho života, vytrácí se spokojenost a nastupuje rozmrzelost a jiné nepříjemné stavy (Hájek, 2012).

Základem prevence syndromu vyhoření je nastavit rovnováhu mezi profesním očekáváním a profesní realitou. Té lze pomoci osvojením si základních dovedností pro hodnocení a zvládnání stresových (zátěžových) situací jak jedincem, tak i organizací. (Bartošíková, 2006). Nezbytným prvkem pro zvládnání zátěžových situací u zdravotníků je schopnost sebereflexe a práce na sobě samém. Taktéž snaha o celoživotní rozvoj osobnosti a sebeřízení (Andršová, 2012). Mezi preventivní opatření syndromu vyhoření patří například změna oddělení, podpora členů pracovního týmu, aktivní přístup k životu, vyhýbání se rezignace, včasné řešení problémů, odhodlanost ke změnám, další možnosti vzdělávání, finanční ohodnocení, správný rozpis služeb či kladné ohodnocení práce. Velmi důležitá je i dovolená aspoň na 2-3 týdny, protože aby se sestra mohla dále a účinně věnovat lidem, musí být sama odpočinitá (Kapounová, 2007). Nedílnou součástí zvládnání pracovních zátěží je především sociální podpora, které nám může být dopřáno ať ze strany spolupracovníků, managementu, tak ze strany rodiny a přátel. Taktéž osobní podpora (sebeopodpora) je v prevenci vyhoření nepostradatelná. Jde především o nastavení vlastních hodnot, aby náš život byl smysluplný i mimo roli pomáhajících (Bartošíková, 2006; Křivohlavý, 2010).

A když přes veškerou snahu již k vyčerpání dojde, je nutné „vypnout“ a věnovat se jiným činnostem. Někdy postačí dovolená, hodně odpočinku, péče o sebe sama, čas na své koníčky, zájmy, přátele (rodinu), jindy je dobré danou situaci řešit s kolegy, kteří již podobnou situaci znají, a v závažnějších případech je nutné vyhledat odbornou pomoc. Rozhodně není vhodné a zároveň je zcela neefektivní řešit vyhořelost užíváním návykových látek (kofein, nikotin, alkohol, drogy, některé druhy léků). A ani únik od problémů či agrese nic nezlepší (Bartošíková, 2006; Křivohlavý, 2010; Venglářová, 2011).

1.4.1 Duševní hygiena a duševní zdraví

Duševní zdraví představuje v podstatě dobrou kondici celé osobnosti. Člověk je schopen přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Umí plánovat a uskutečňovat, podílet se na změnách, vytvářet nové věci, komunikovat a aktivně se účastnit dění kolem sebe. Je citově vyrovnaný, zvládá vlastní emoce a dovede se uvolnit. Dokáže pracovat a udržovat partnerské vztahy. Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobit se situacím a reagovat na ně (Marková, 2006).

Aby sestra byla schopna překonat nároky na svou osobnost, musí především umět poznat sama sebe. Musí si umět všimnout sebe a svých reakcí a dokázat komunikovat o svých potřebách, představách a potížích. Sebepoznávání je neustálé uvědomování si svých vlastností, schopností, nedostatků a vlastních pocitů. Na základě sebepoznávání pak dochází k sebehodnocení. To nám umožňuje lépe se adaptovat a zvládat náročné situace (Křivohlavý, 2004; Venglářová, 2011).

Každá sestra by se měla naučit odpočívat a relaxovat, mít přátele i mimo spolupracovníky, své koníčky a zájmy, uměla zhodnotit situaci a včas vyhledat pomoc, najít větší blízkost k lidem, které má ráda, aby uměla aktivně vyhledávat dobré stránky života, naučila se radovat z maličkostí, realizovala své sny a plány. V profesionální sféře je potřebný určitý odstup od pacienta, aby sestra nebyla příliš emočně zapojena do jeho osudu (Kapounová, 2007). Sestra by neměla zapomínat na sebe a svůj osobní život. Měla by se mít ráda a pečovat o sebe, umět se přijmout se svými vlastnostmi. Jedině tak dokáže energii nejen dávat, ale i přijímat, jediné tak dokáže přijmout i pacienta s jeho vlastnostmi. Sestra, která zapomíná na svůj osobní život, ho postupně ztrácí. Pěstování osobních zájmů, zálib, koníčků, přináší pocity radosti, uvolnění a uspokojení. Je to zdroj našich emočních zážitků a energie. Zdrojem naší energie, naší motorem, může být i dobrá fyzická kondice – správná životospráva, fyzická aktivita a dostatek odpočinku (Venglářová, 2011).

Péče o sebe sama se však na školách dostatečně nevyučuje a v práci tyto poznatky také nelze získat. Přitom právě péče o sebe sama je pro sestry jednou z nejdůležitějších částí jak „nevyhořet“. Předcházet stavu vyhoření znamená žít smysluplný život. Stanovit si žebříček hodnot a mít reálný a hodnotný životní cíl. Brát ohledy na vlastní potřeby, zájmy a spokojenost, ale umět i vidět, chápat a uspokojovat potřeby a zájmy druhých lidí. Péče o naši duši znamená především věnovat více času relaxaci, reflexi a prožívat chvíle, které nám přinášejí pocity radosti. Součástí péče o naši psychiku je i péče o naše tělo. Tak jak se staráme o naše tělo (co jíme, jak se pohybujeme, jak vypadáme, co děláme, jak odpočíváme) má vliv i na náš duševní život (Křivohlavý, 2004).

Při zvládání zátěžových situací nám pomáhají i prožitkové stavy jako dobrotivost, soucit, sdílená radost a vyrovnanost. Tyto stavy myslí lze trénovat a využívat k vlastní psychohygieně (Hájek, 2012).

Je-li sestra v dobré psychické pohodě, můžeme očekávat, že své povolání bude vykonávat dobře. K tomu ale potřebuje dostatek síly a energie. V opačném případě

přichází místo energie únava, místo síly vyčerpanost a místo radosti lhostejnost. Pak nastává stav vyhoření. Pokud se do takového stavu dostaneme, nezbyvá nám nic jiného, než s ním bojovat. Důležitější však je mu předcházet (Křivohlavý, 2004).

V prevenci vyhoření jde o rovnováhu mezi tím, co nás stresuje a tím, co nám dává sílu a radost. Stresory přicházejí sami, ale o to, co nás posiluje, musíme aktivně usilovat.

A pokud máme pocit, že na své potíže již nestačíme, hledejme pomoc u druhých (Venglářová, 2011).

1.4.2 Relaxace

Relaxace je metoda, která usnadňuje fyzický a psychický klid, umožňuje efektivněji odpočívat a ušetřit maximum energie ve stresových situacích na efektivní myšlení a jednání. Relaxace je součástí účinného programu zvládnání stresu a jeho hlavním cílem je zmírnit emocionální zátěž spojenou s úzkostí a podrážděností (Cungi, 2005).

Janáčková (2008) popsala relaxaci jako psychofyziologický stav intenzivní regenerace organismu, kdy dochází k posílení imunitního systému, ke zpomalení látkové výměny a k hloubkové regeneraci buněk, zejména nervového systému.

Každodenní relaxace je pro zdraví nezbytná a zároveň nezbytná pro zlepšení profesní výkonnosti a kvality. Umíme-li zůstat v klidu, dokážeme lépe využít každé chvíle a optimalizovat tak výkonnost. Klid nám dovoluje čelit potížím a snižuje míru únavy. Relaxace je zároveň vynikající pro získání větší jistoty a zlepšení komunikace. Protože být podrážděný, napjatý či plný úzkostí nijak nepřispívá ke zlepšení mezilidských vztahů. Stojí to velké množství energie a snižuje se tak výkonnost. Naopak při zachování klidu lze lépe naslouchat, lépe přijímat a analyzovat informace, lépe komunikovat (Křivohlavý, 2004; Cungi, 2005). Relaxace je „dobrý způsob“ řešení různých problémů (stresů).

1.4.2.1 Relaxační metody

Relaxačních metod je mnoho a relaxovat (uvolnit se) může každý. Je důležité vytvořit si vlastní metodu a použít nástroje, které nejlépe odpovídají našim cílům a schopnostem. Všechny relaxační metody jsou účinné a mohou vám navodit stav mírného klidu až hluboké hypnózy (Cungi, 2005). Ke *spontánní (samovolné) relaxaci* dochází bez našeho chtění, bez našich snah a úsilí – např. ve spánku a při odpočinku (Venglářová, 2011). Odpočinek je přirozeným jevem, je nutný pro zdraví našeho organismu a jeho základní funkcí je znovu načerpání energie. Spánek slouží

k odpočinku a to fyzického i psychologického. Hraje ale i důležitou úlohu v procesech učení, zapamatování a zpracovávání informací. Při poruchách spánku se objevují různé obtíže, jako podrážděnost, úzkostné stavy a někdy i závažná somatická onemocnění (Cungi, 2005). Naopak *diferencovaná relaxace* je záměrnou relaxací, navozujeme jí vlastní vůlí a to kdykoli během dne (během našeho bdění). Nejjednodušší metodou bývá procházka. (Venglářová, 2011).

Způsobů relaxace existuje velké množství. Relaxace může probíhat na bázi svalového uvolnění – např. masáže, akupresura, reflexní terapie, nebo na bázi dechových cvičení. Existuje řada relaxačně koncentračních metod – např. Jacobsonova progresivní relaxace, Schulzův autogenní trénink či meditace (soustředění se na jednu myšlenku, porozumění smyslu, opakování určitého textu, při kterém se dostavuje relaxace). Dalším způsobem relaxace může být relaxačně imaginativní metoda, při které se využívá tvůrčí představivost (kreativní vizualizace). Dále například aromaterapie, muzikoterapie, relaxace pomocí barev, smíchu, pohybu, sauny, víry aj. či bleskové relaxační techniky, které nemusíme dlouho nacvičovat a dají se zvládnout v krátkém čase (Cungi, 2005; Janáčková, 2008).

1.4.3 Motivace a pracovní spokojenost

Práce, ve smyslu zaměstnání, patří k základním lidským činnostem a je ukazatelem životního způsobu každého člověka v produktivním věku. Je to plánovitá a vědomá činnost, kterou lidé vykonávají s nasazením fyzických a duševních sil a která směřuje k uspokojení lidských potřeb (Vévoda, 2013).

Profese sestry (ale i zdravotníků obecně) zaujímá ve společnosti určitou prestiž a je pro společnost nepostradatelná. Je to určité ocenění za to, že svou práci provádějí profesionálně, i přes vysokou emocionální a fyzickou náročnost (Vévoda, 2013).

K tomu, aby sestry mohly provádět svou práci kvalitně, potřebují rozhodně určitou pracovní spokojenost a pracovní motivaci. Na pojem pracovní spokojenost je mnoho různých názorů a odpovědí, ale především jde o určitý „dobrý pocit“ z vykonávané práce, který nám přináší pozitivní emocionální prožitek a zároveň nás motivuje k další dobře vykonané práci. Motivace je tedy velice důležitá, ale nemůžeme ji očekávat od někoho, kdo je v práci nespokojený, jelikož uspokojením z práce jedinec dosahuje určitých vlastních hodnot a cílů. Motivace je chápána jako vnitřní hnací síla člověka, (jeho přání, touhy, úsilí,..) která ho aktivuje a uvádí do pohybu. Může být také chápána jako odpověď na pocit potřeby, který vyvolá určitý pocit napětí a vede ke vzniku aktivit

směřujících k dosažení přání či cílů. Pracovní motivace bývá také uváděna jako určitý postoj (přístup) člověka k vlastní práci a jeho ochoty pracovat, která vychází z nějakých vnitřních pohnutek neboli motivů. Pracovní spokojenost a pracovní motivace je klíčovým aspektem výkonu jedince, ale také organizace a její dlouhodobý nedostatek může být důvodem úmyslu odejít z práce (Křivohlavý, 2010; Marková, 2010; Vévoda, 2013).

Ošetrovatelství je často popisováno jako poslání, proto by mělo působit pozitivně. Hnací silou sestry (její motivací) mohou být např.: péče o pacienty, prostředí, dobrá organizace práce, dobré vztahy a dobrá komunikace se spolupracovníky, povzbuzení, podpora či ocenění od vedoucího, profesní rozvoj a práce v týmu, osobní faktory, plat a benefity, pocit jistoty pracovního místa, profesionalita, vzdělání, zvýšení autonomie, původní kultura a smysl práce (Vévoda, 2013).

Pracovní motivace je jedním z úkolů manažerů, ale každá sestra je zodpovědná sama za sebe a proto i její vlastní motivace by měla pro ni být samozřejmostí (Marková, 2010).

1.4.4 Prevence a podpora ze strany managementu

Předcházení syndromu vyhoření pracovníků je důležité i ze strany organizace. Jednak je to známkou zájmu o své podřízené, kteří v důsledku vyhoření neztrácejí zájem o svou práci, výkonnost a sebedůvěru, ale především tak pro své pacienty zajišťují poskytování kvalitní péče. Jedním ze základních předpokladů úspěchu organizace je umět vytvořit dobrou pracovní atmosféru. K tomu je potřeba pohlížet na sestru a ošetrovatelský personál jako na nejdůležitější a nejlepší složku (investici) pro oddělení, kterou je nutno podporovat, zajímat se o jejich potřeby, zájmy, problémy či ambice (Bartošíková, 2006).

Důležitým prvkem managementu v prevenci syndromu vyhoření je podporování a rozvoj týmové práce a týmového ducha. Je to vnímáno jako sociální podpora. V týmové práci jsou dány jasné cíle, kterých dosahujeme společným plánováním. Každý v týmu tak ví, kde je jeho místo, co dělá, kam směřuje a za co odpovídá. Neobejde se to bez vzájemné komunikace. Jsou zde stanoveny jasná pravidla a hranice. Hodnotíme vzájemně svou práci a domlouváme se na změnách. Jsme ochotní se dále vzdělávat a rozvíjet a očekáváme podporu a uznání. To nám poskytuje motivaci k další práci (Vévoda, 2013).

Další možností a zároveň nezbytností pro podporu svého týmu je ze strany

organizace péče o vytvoření dobrých a především bezpečných podmínek ochrany jejich zdraví (bezpečnost při práci, ochranné pomůcky), podpora růstu, možnosti vzdělávání, spolupodílení se na chodu oddělení (vyjádření svých názorů, potřeb a přání), průběžné mapování zátěže, péče o psychiku sester (odborné semináře, supervize) a možnost regenerace (podpora kulturních, sportovních a relaxačních aktivit) (Bartošíková, 2006; Vévoda, 2013).

Odborník na štěstí Alexander Kjerulf se snaží po celém světě prosazovat novou funkci „ředitel pro štěstí na pracovišti“. Tvrdí, že šéfové firem by se měli víc soustředit na to, jak udělat své zaměstnance šťastnými – udržovat dobré vztahy s podřízenými a umět pochválit za dobře odvedenou práci. Šťastný zaměstnanec je totiž zároveň produktivnější, kreativnější, motivovanější, má lepší nápady a víc ho to zajímá. Firmy si ale bohužel často myslí, že štěstí je pouze o penězích. „Zvedají jim platy, dávají bonusy. Ale výzkumy ukazují, že to nefunguje. Zvýšení platu v práci nás udělá šťastným zhruba na dva týdny,“ konstatoval odborník na štěstí. Podle něj jsou důležitější výsledky, které zaměstnanec vidí, může na ně být hrdý, dostane pochvalu, ale i dobré vztahy s ostatními lidmi na pracovišti (Němec, 2012).

1.4.5 Supervize

Supervize v souvislosti s pracovním výkonem je pojem, který vyjadřuje časový prostor, kdy pracovník pod odborným vedením hovoří o své práci a na základě svých reflexí a přemýšlení se z ní učí. Umožňuje vyjádřit své nadšení, spontánnost či negativní emoce potlačované v rámci profesionality (Vévoda, 2013). Supervize v pomáhajících profesích je chápána jako organizovaná příležitost k reflexi, která se zaměřuje na různé aspekty pracovní situace, s cílem zkvalitnit práci a podpořit profesní růst pracovníka. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů (Bartošíková, 2006). Supervize je setkávání pracovníků (týmu) se supervizorem a rozebírání situací, které pracovníci zažívají ve své praxi. Supervizor nabízí pohled zvenčí, své zkušenosti a doporučení (Venglářová, 2011).

Cílem supervize je zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí a především podporu kvality práce a vzájemné spolupráce (Bartošíková, 2006).

Supervize ve zdravotnictví je zatím téma méně známé a používané. V jiných pomáhajících profesích, především sociálních službách je supervize používaná již dlouhodobě jako nástroj zkvalitňování péče (Bartošíková, 2006).

Tématem (náplní) supervize je především vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Pomáhá porozumět nemocnému, k druhým lidem, kolegům, k sobě samému. Poskytuje příležitost získat nadhled nad tím, co je obtížné, problematické a umožňuje vidět nové souvislosti. Je chápána jako nástroj zkvalitnění práce (Bartošíková, 2006, Marková, 2010). Může být zaměřena na jednotlivce, skupiny či celé týmy spolupracovníků. Supervize může být příležitostná, krizová s cílem řešit aktuální nečekanou situaci nebo pravidelná, s cílem sledování určitých cílů (Venglářová, 2013).

Supervizi provádí (vede) tzv. supervizor a to buď interní, nebo externí, který by měl být zkušeným odborníkem, autoritativním a důvěryhodným (Bartošíková, 2006).

Supervize může být ve zdravotnictví chápána jako předávání zkušeností, znalostí a dovedností, jako zvládání komunikačních obtíží s pacienty, jejich rodinami, spolupracovníky, aj., jako návod pro zvládání vztahových problémů, rozvoj týmové práce, vzájemná podpora, poradenství a hledání řešení (Bartošíková, 2006).

2 Cíle a hypotézy práce

Cíl 1 Zmapovat způsoby, kterými se ošetrovatelský personál vyrovnává se zátěžovými situacemi v rámci své profese.

Cíl 2 Zjistit rozdíly ve vyrovnávání se zátěžovými situacemi mezi nemocničním personálem a personálem hospiců.

H 1 Způsoby vyrovnávání se zátěžovými situacemi jsou závislé na dosažené kvalifikaci ošetrovatelského personálu.

H 2 Způsoby vyrovnávání se zátěžovými situacemi jsou ovlivněny délkou praxe personálu.

H 3 Způsoby zvládnutí zátěžových situací se liší mezi nemocničním personálem a personálem hospiců.

H 4 Ošetrovatelský personál vnímá při zvládnutí zátěžových situací jako účinnější vlastní psychohygienu, než podporu ze strany managementu.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Ke zpracování tématu diplomové práce bylo využito studia literárních zdrojů a vlastních zkušeností, a pro získání potřebných údajů k dosažení vytyčených cílů bylo použito kvantitativní výzkumné šetření. Technikou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce (Příloha 1).

Výzkum probíhal v únoru až červnu 2016. Dotazník byl rozdán v tištěné formě osobně nebo zaslán poštou (po předchozí elektronické nebo telefonické domluvě s vedoucím pracovníkem daného ústavu) do zdravotnických zařízení, poskytující nemocniční péči (lůžkové úseky – standardní, intenzivní a následné péče) a hospicovou péči (kamenné hospice a domácí hospicová péče).

Dotazník byl zaměřen na zátěžové situace, jejich zvládnání a podporu managementu v jednotlivých zdravotnických zařízeních (Příloha 2). Obsahoval 20 otázek, ze kterých bylo 15 otázek uzavřených a 5 polouzavřených. Ve 3 otázkách dotazníku mohli respondenti volit současně z více možností odpovědí. V závěru jsme zpracovali grafy, které znázorňují komparaci jednotlivých zařízení.

Ke zpracování statistických údajů z dotazníků bylo použito systémů Microsoft Excel 2010 a Software R ve verzi 3.0.2 (Chí kvadrát test, Fisherův exaktní test a Wilcoxonův test) (Gregor, 2014).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

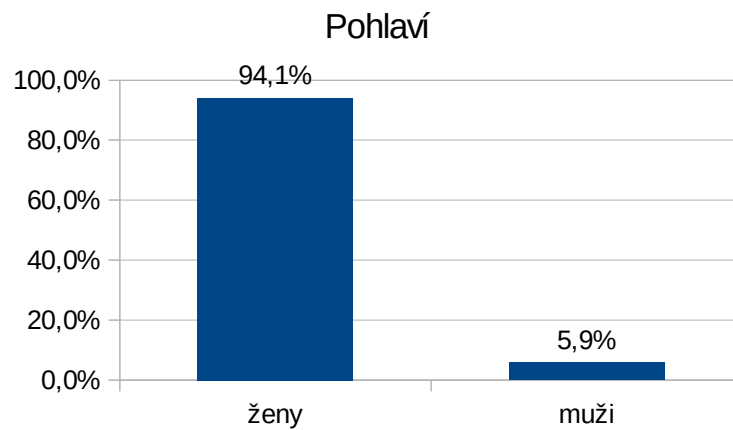
Dotazník byl určen pracovníkům ošetrovatelské péče všech kategorií. V průzkumu byly osloveny náměstkyně pro ošetrovatelkou péči ve 4 nemocničních zařízeních, které s provedením výzkumu souhlasily zcela nebo omezeně (pouze na některých odděleních). Dále byli osloveni vedoucí pracovníci 13 kamenných hospiců a 7 zařízení domácí hospicové péče. Výzkum byl umožněn v 3 kamenných hospicích a 4 zařízeních domácí hospicové péče.

Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků pro ošetrovatelský personál všech kategorií v tištěné formě. Návratnost byla 269 (90 %) dotazníků a z toho jich bylo 10 vyřazeno pro pozdní doručení (po zpracování dat) a 4 pro nesprávné nebo neúplné vyplnění. V konečném součtu jich bylo zpracováno 255.

4 Výsledky zpracování

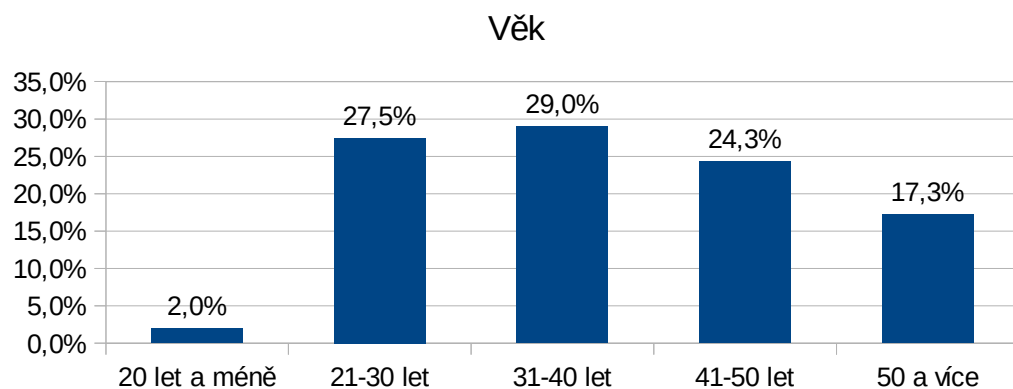
4.1 Výsledky zpracování dotazníku

Graf 1



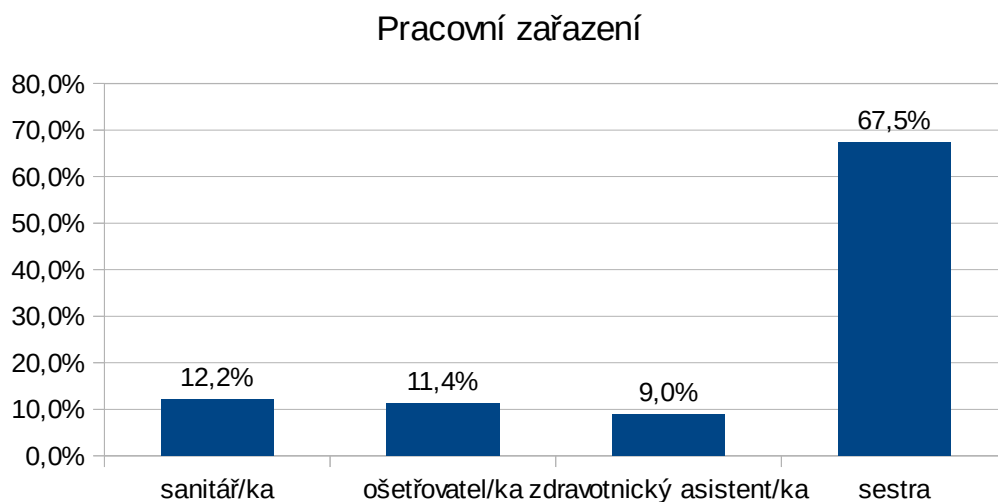
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 255 pracovníků ošetrovatelské péče. Z toho bylo 94,1 % (240) žen a 5,9 % (15) mužů.

Graf 2



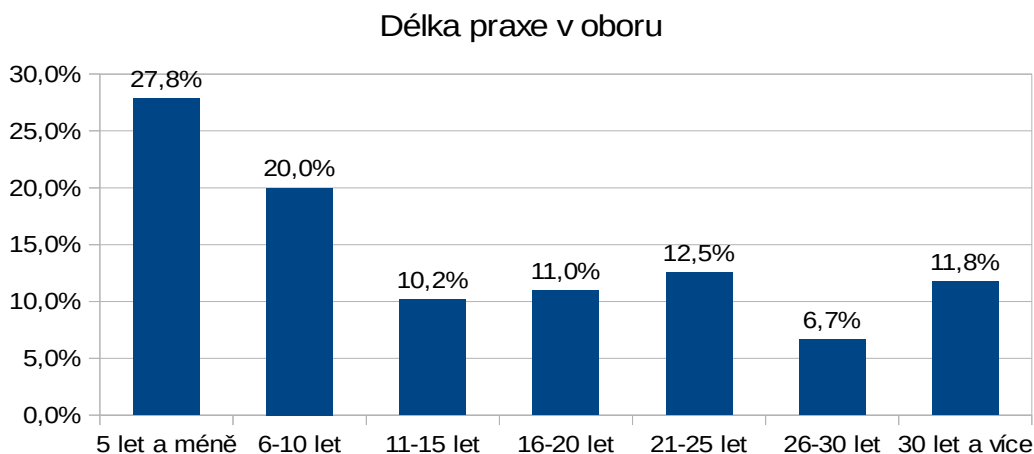
Z celkového počtu respondentů byl věk 20 let a méně uveden u 2 % (5), věkovou kategorii 21-30 let uvedlo 27,5 % (70), věkovou kategorii 31-40 let přiznalo 29 % (74) respondentů, věk 41-50 let tvořilo 24,3 % (62) a do věkové kategorie 50 a více spadalo 17,3 % (44) respondentů.

Graf 3



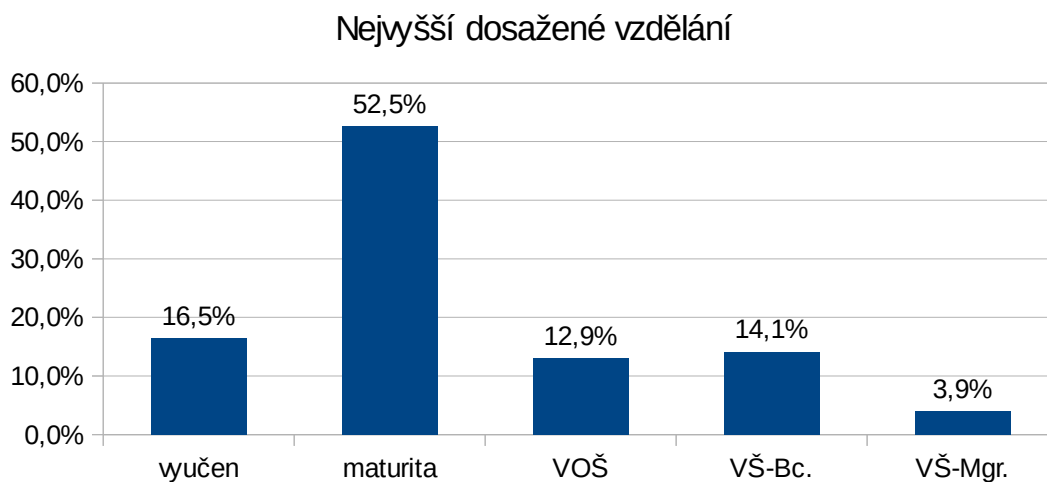
Výzkumný soubor tvoří 12,2 % (31) sanitářů, 11,4 % (29) jsou ošetřovatelky/ošetřovatelé, 9 % (23) respondentů pracují v kategoričném zařazení zdravotnický asistent/ka a 67,5 % (172) jsou sestry.

Graf 4



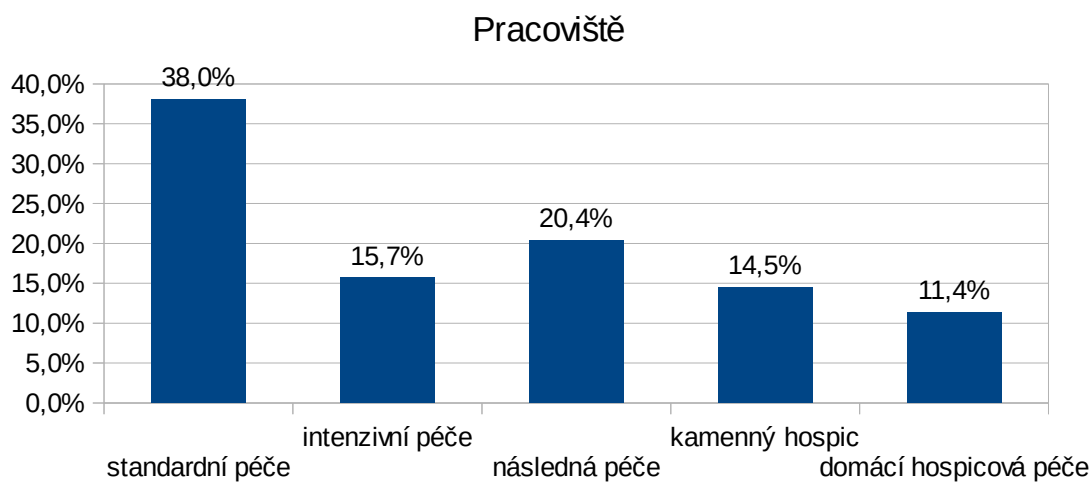
Délka praxe v oboru je z celkového počtu respondentů uvedena v 27,8 % (71) 5 let a méně, ve 20 % (51) 6-10 let, v 10, 2 % (26) je délka praxe 11-15 let, 16-20 let praxe v oboru přiznává 11 % (28) respondentů, 21-25 let praxe v oboru má 12,5 % (32), 26-30 let praxe 6,7 % (17) a 30 let a více praxe v oboru má za sebou 11,8 % (30) respondentů.

Graf 5



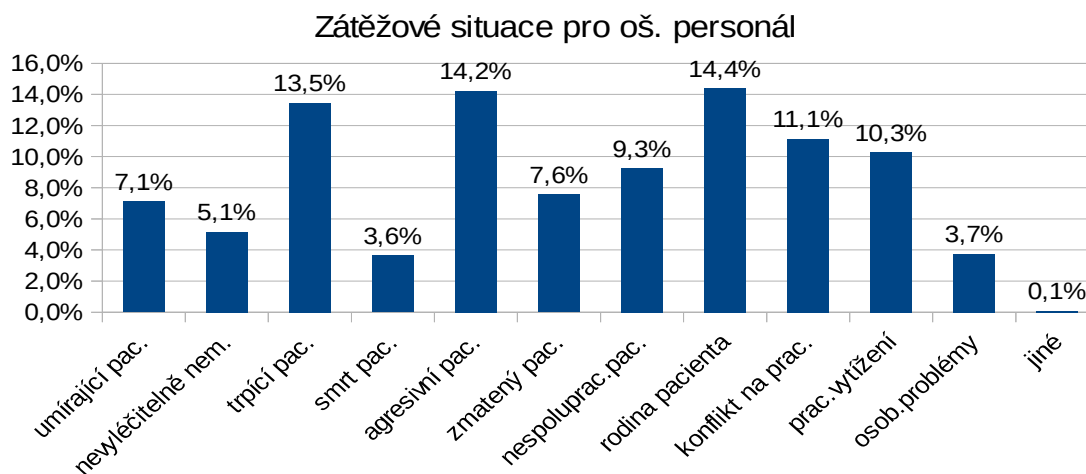
Z celkového počtu výzkumného vzorku uvedlo 16,5 % (42) respondentů za nejvyšší dosažené vzdělání vyučen, 52,5 % (134) ukončilo středoškolské vzdělání s maturitou, 12,9 % (33) dosáhlo vyššího odborného vzdělání, 14,1 % (36) získalo bakalářský titul a 3,9 % (10) ukončilo vysokoškolské magisterské vzdělání.

Graf 6



38 % (97) respondentů pracuje v nemocnici na oddělení standardní péče, 15,7 % (40) v úsecích intenzivní péče, 20,4 % (52) na odděleních následné péče, 14,5 % (37) dotazovaných pracuje v kamenném hospici a 11,4 % (29) v zařízeních poskytující domácí hospicovou péči. Celkem tedy v lůžkových úsecích nemocniční péče pracuje 74,1 % (189) dotazovaných a 25,9 % (66) v hospicové péči.

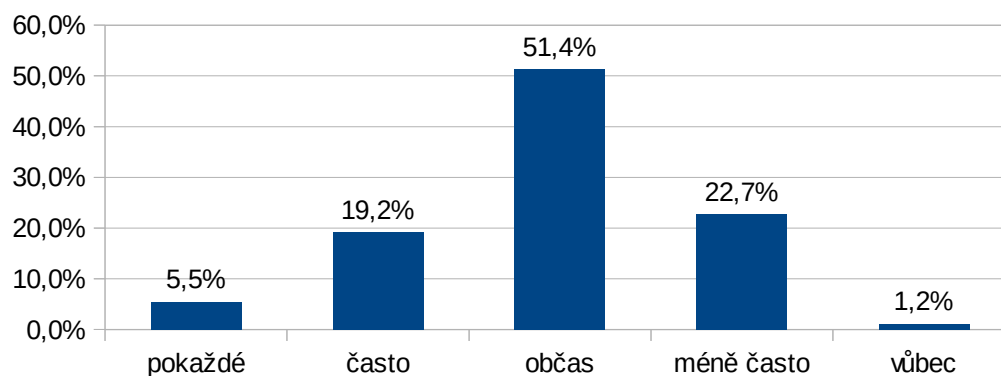
Graf 7



Respondenti za zátěžovou situaci uvedli v 7,1 % (76) umírající pacient, v 5,1 % (55) nevléčitelný pacient, v 13,5 % (144) trpící pacient, 3,6 % (39) respondentů uvedlo smrt pacienta, 14,2 % (152) vyhodnotilo jako zátěžovou situaci agresivního pacienta, 7,6 % (81) zmateného pacienta, 9,3 % (99) nespoupracujícího pacienta, konfliktní situace s rodinou pacienta uvedlo jako stresující situaci v práci 14,4 % (154) respondentů, konfliktní situace na pracovišti zatěžuje 11,1 % (119) dotazovaných, pracovní vytížení vadí 10,3 % (110) respondentů, 3,7 % (40) stresují osobní problémy a odpověď „jiné“ uvedlo 0,1 % (1) dotazovaných. Touto odpovědí bylo uvedeno „umírající mladý pacient“. Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Graf 8

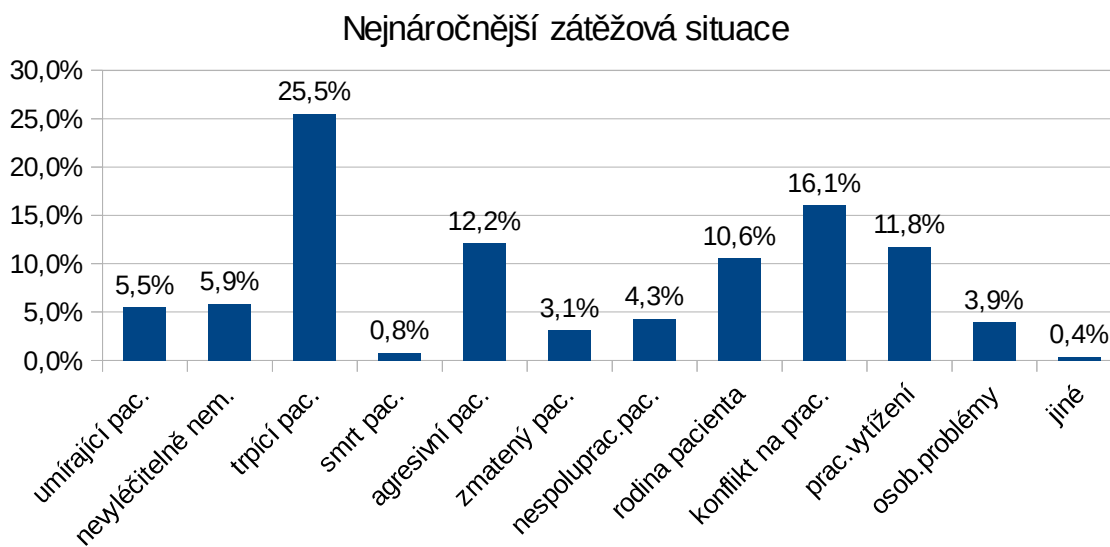
Četnost tíživé až neúnosné pracovní zátěže



5,5 % (14) respondentů pociťuje pracovní zátěž tíživou až neúnosnou pokaždé, když jsou v práci, 19,2 % (49) takovou zátěž pociťuje často (několikrát do měsíce), 51,4 % (131) prožívá neúnosné situace občas (několikrát do roka), méně často (jen párkrát za

svou praxi) uvádí 22,7 % (58) respondentů a pouze 1,2 % (3) neprožívají zátěžové situace tíživé až neúnosné vůbec. V tomto případě bylo toto tvrzení zdůvodněno jedním respondentem částečným úvazkem.

Graf 9



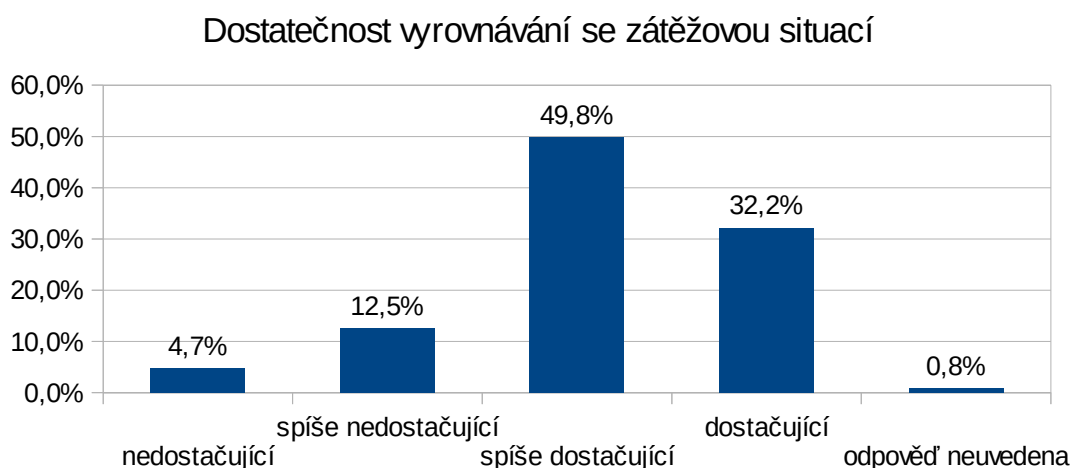
Za nejnáročnější zátěžovou situací bylo v 5,5 % (14) uvedeno umírající pacient, v 5,9 % (15) nevléčitelně nemocný pacient, 25,5 % (65) respondentů uvedlo za nejnáročnější zátěžovou situací trpícího pacienta, pouze 0,8 % (2) smrt pacienta, agresivní pacient byl zmíněn v 12,2 % (31), zmatený pacient je nejvíce zatěžující pro 3,1 % (8) respondentů, nespolupracující pacient pro 4,3 % (11), konfliktní situace s rodinou pacienta byly uvedeny jako nejvíce stresující situací v 10,6 % (27), konfliktní situace na pracovišti v 16,1 % (41), pracovní vytížení nejvíce vadí 11,8 % (30) dotazovaných, osobní problémy jsou stěžejní pro stres v práci u 3,9 % (10) respondentů a odpověď „jiné“ uvedlo 0,4 % (1) respondentů. Pod odpovědí jiné bylo uvedeno „akutní zhoršení stavu pacienta“.

Graf 10



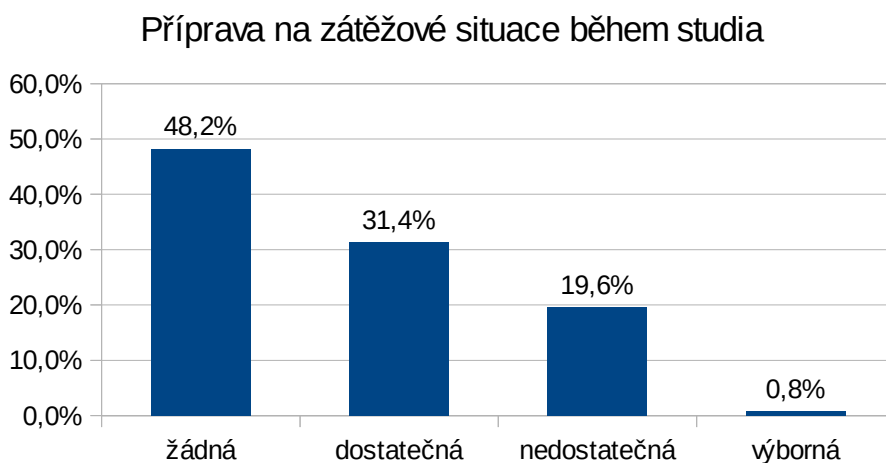
Se zátěžovými situacemi, (respondenti mohli uvést více odpovědí), se nijak nevyrovňávají – neřeší to 1,7 % (12) respondentů, 17,6 % (124) řeší zátěžové situace spánkem, odpočinkem, 18,6 % (131) pomáhá ve vyrovnávání se stresovými situacemi relaxací, 9,6 % (68) používá metodu fyzické námahy, 15,2 % (107) odbourává stres zábavou, podporu rodiny v takových situacích pocítuje 15,6 % (110), podporu přátel 9,3 % (66), podpory od kolegů se dostává 7,5 % (53) respondentů a podporu od managementu uvedlo pouhé 1,4 % (10) respondentů, 2,1 % (15) respondentů ve stresových situacích pomáhá odborná pomoc a 1,4 % (10) respondentů uvedlo jiný druh vyrovnávání se zátěžovými situacemi. Mezi takové odpovědi patřila například příroda, individuální supervize, odchod na klidné místo o samotě, alkohol a jiné radosti, sex, nebo snaha o konkrétní řešení problému.

Graf 11



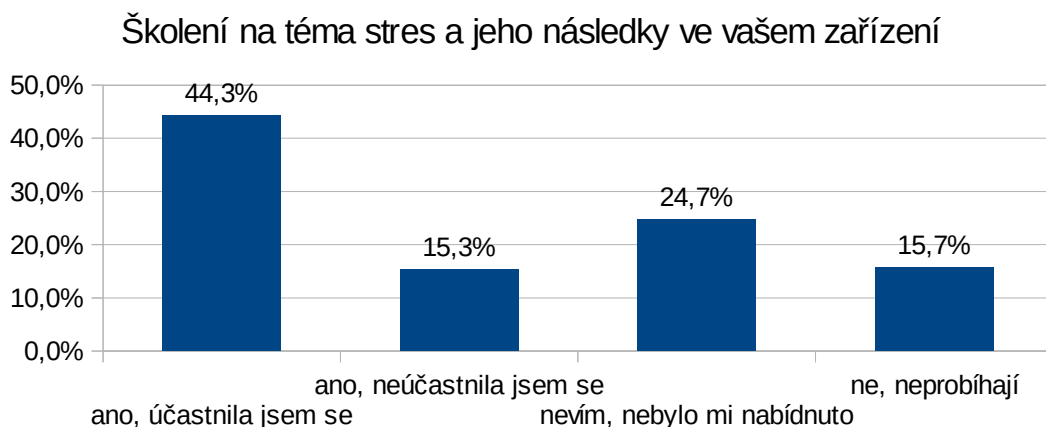
Způsoby, který mi se respondenti vyrovnávají se zátěžovými situacemi považuje 4,7 % (12) respondentů za nedostačující, 12,5 % (32) za spíše nedostačující, spíše dostačující uvedlo 49,8 % (127) respondentů a za dostačující považuje takový způsob vyrovnávání se stresem 32,2 % (82). 0,8 % (2) neoznámilo žádnou z nabízených odpovědí, jelikož v předešlé otázce uvedli, že zátěžové situace nijak neřeší.

Graf 12



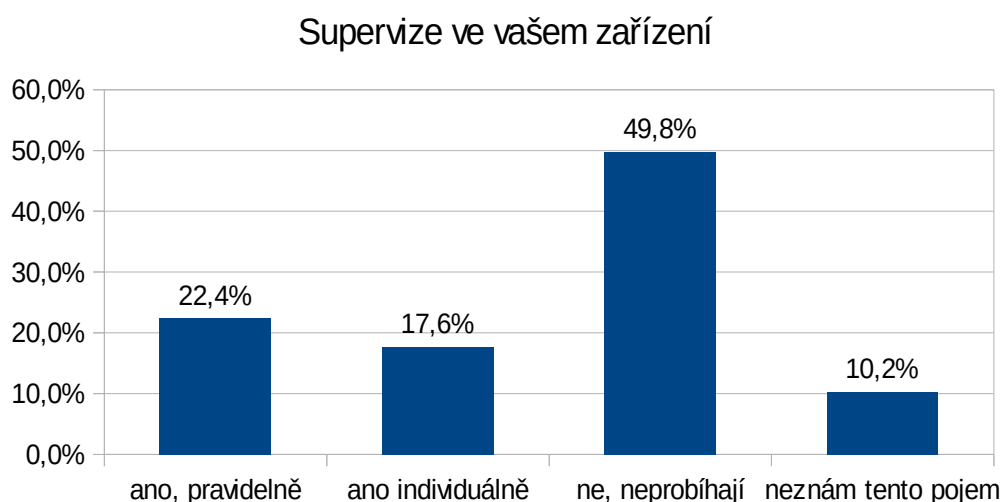
Příprava na zátěžové situace během studia byla u 48,2 % (123) respondentů uvedena jako žádná, 31,4 % (80) považuje svou přípravu během studií za dostačující, 19,6 % (50) za nedostačující a 0,8 % (2) za výbornou.

Graf 13



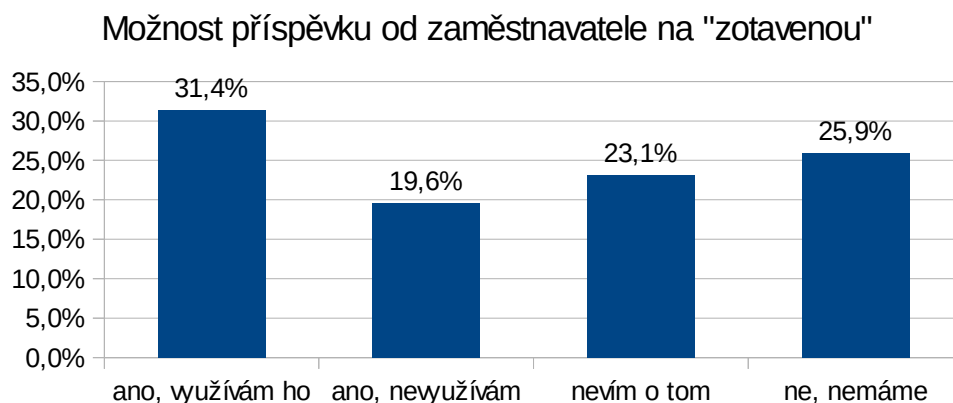
44,3 % (113) respondentů se již někdy zúčastnila školení na téma stres a jeho následky, které probíhalo v jejich zařízení, 15,3 % (39) přiznalo, že taková školení v jejich zařízení sice probíhají, ale nezúčastnili se, 24,7 % (63) respondentů o takových školeních v jejich zařízení neví a nikdy jim nebylo nabídnuto, a 15,7 % (40) uvedlo, že žádná školení na toto téma v jejich zařízení neprobíhají.

Graf 14



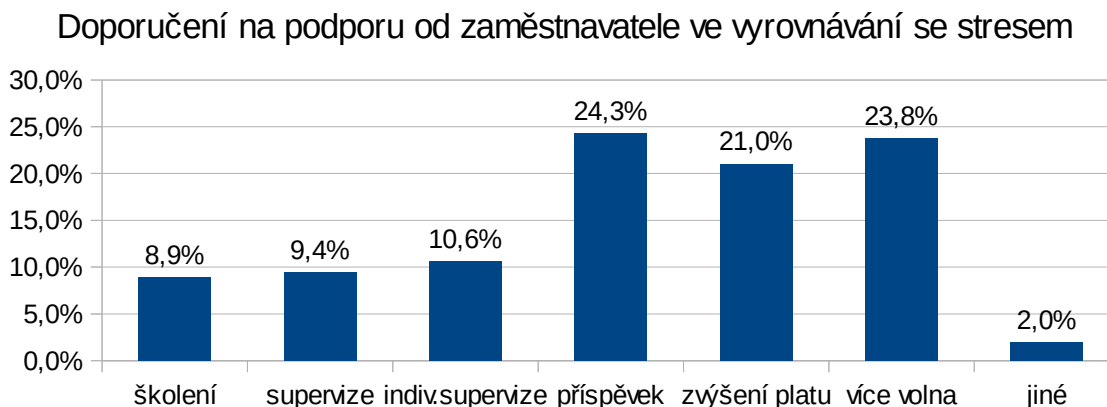
Z celkového počtu respondentů 22,4 % (57) uvedlo, že v jejich zařízení probíhají supervize pravidelně, u 17,6 % (45) supervize probíhají dle individuálních potřeb, v 49,8 % (127) supervize vůbec neprobíhají a 10,2 % (26) respondentů přiznalo, že tento pojem neznají.

Graf 15



51 % (130) respondentů přiznává, že mají od svého zaměstnavatele možnost příspěvku na „zotavenou“, ale využívá ho 31,4 % (80) z celkového počtu respondentů, 19,6 % (50) možnost příspěvku sice mají, ale dle jejich tvrzení ho nevyužívají. Dalších 23,1 % (59) nevědí, že by měli možnost dostávat od svého zaměstnavatele příspěvek na „zotavenou“ a 25,9 % (66) tuto možnost popírají.

Graf 16

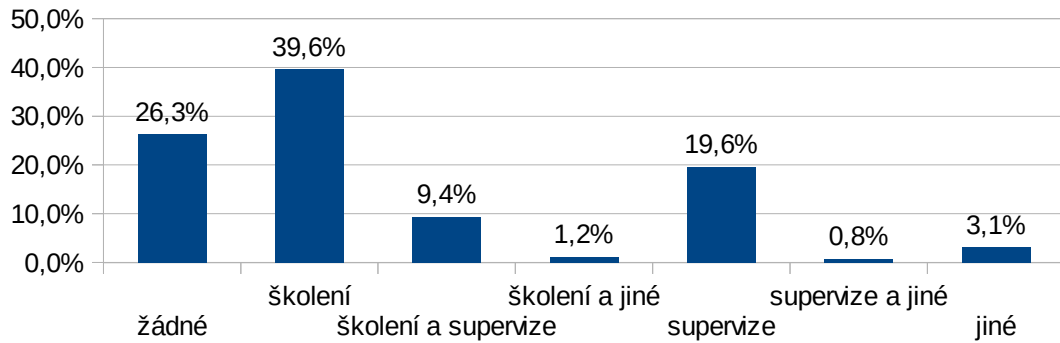


Pravidelná školení na dané téma by jako podporu ze strany zaměstnavatele upřednostnilo 8,9 % (36) respondentů, 9,4 % (38) by volilo pravidelnou supervizi, 10,6 % (43) možnost individuální supervize, 24,3 % (98) respondentů by jako podporu upřednostnila příspěvek na „zotavenou“, 21 % (85) by pomohlo zvýšení platu, více volna by považovalo za podporu ve vyrovnávání se stresem ze strany zaměstnavatele 23,8 % (96) respondentů a jiné možnosti uvedlo 2 % (8) respondentů, například

organizační změny, více zaměstnanců na směně, příspěvek na dopravu, pozitivní motivaci – pochvalu, uznání. V této otázce bylo možno označit více odpovědí.

Graf 17

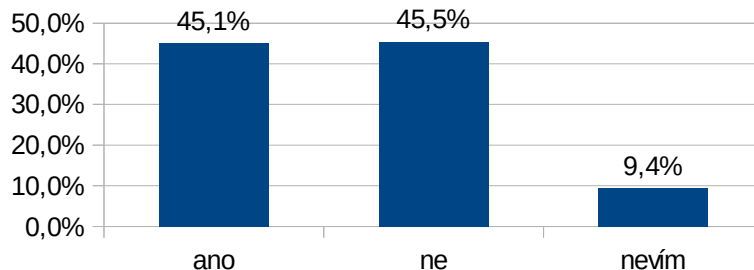
Doporučení pro přípravu absolventek na zátěžové situace



26,3 % (67) dotazovaných by nedoporučila pro přípravu absolventek na zátěžové situace nic, 39,6 % (101) respondentů by doporučovala odborná školení na dané téma, 19,6 % (50) supervize v rámci praxe, 9,4 % (24) by doporučovalo jak odborná školení na dané téma tak i supervize v rámci praxe, 1,2 % (3) doporučují odborná školení a předmět psychologie s „výborným“ přednášejícím, praxi či individuální supervizi na začátku praxe, 0,8 % (2) doporučují supervize v rámci praxe a osobní školitelku či praxi, a 3,1 % (8) respondentů uvedlo jiná doporučení, především praxi nebo smíření s tím, že tato práce je náročná, povzbuzování, že vše je řešitelné či nepracovat v oboru.

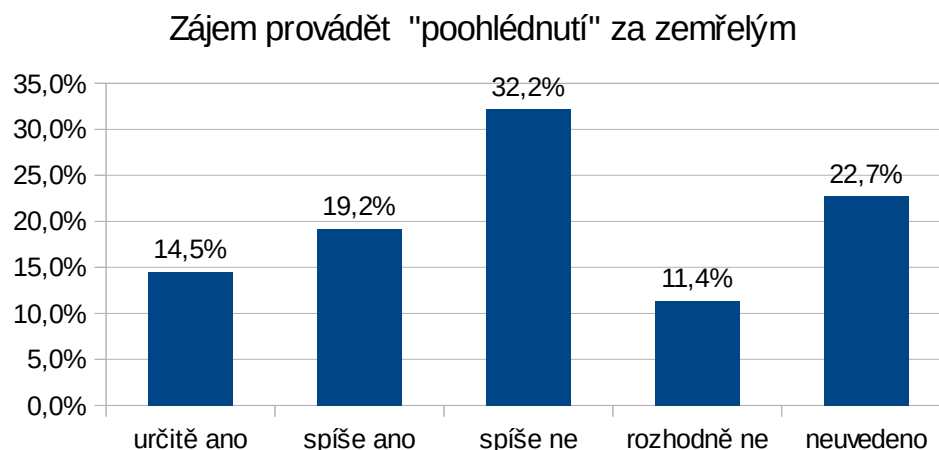
Graf 18

"Poohlédnutí" za zemřelým



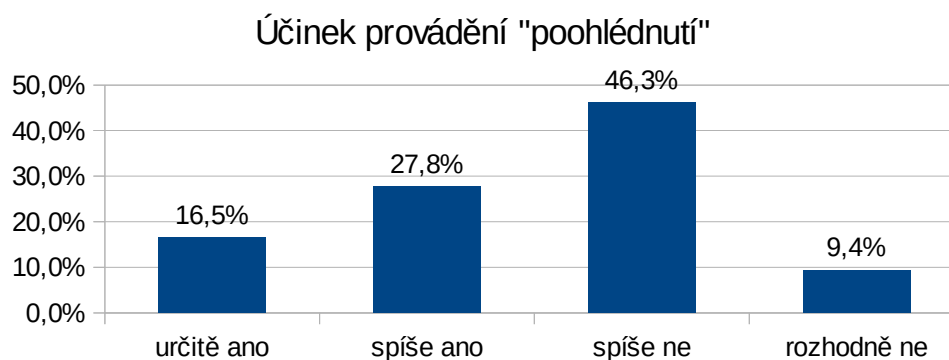
„Poohlédnutí“ za zemřelým na svém pracovišti provádí 45,1 % (115) respondentů, 45,5 % (116) přiznalo, že se na jejich pracovišti toto „poohlédnutí“ neprovádí a 9,4 % (24) odpovědělo: nevím.

Graf 19



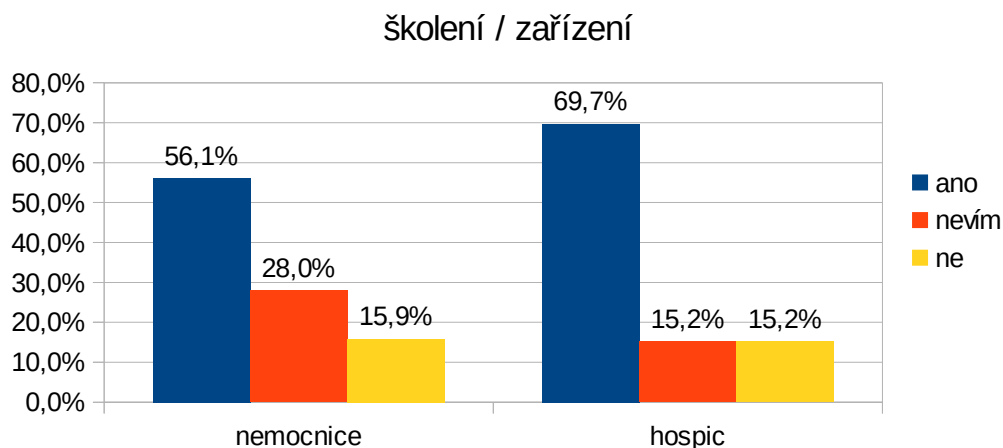
Zájem provádět „poohlédnutí“ za zemřelým byl u 14,5 % (37) respondentů označen určitě ano, 19,2 % (49) respondentů uvedlo spíše ano, 32,2 % (82) uvedlo spíše ne, 11,4 % (29) by rozhodně nemělo zájem provádět toto „poohlédnutí“ a 22,7 % žádnou z nabízených odpovědí neoznačilo na základě předchozí kladné odpovědi, že v jejich zařízení „poohlédnutí“ za zemřelým již provádějí.

Graf 20



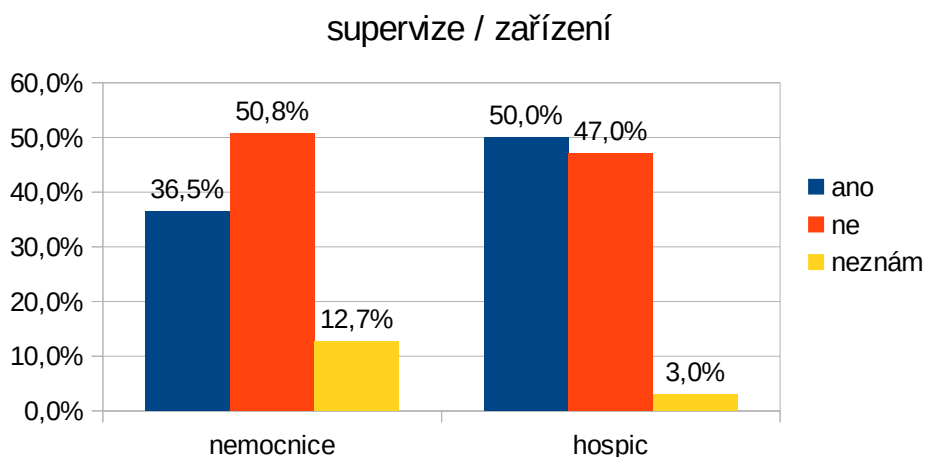
16,5 % (42) respondentů si myslí, že „poohlédnutí“ za zemřelým by rozhodně mohlo snížit zátěž ošetřujícímu personálu, 27,8 % (71) respondentů uvádí spíše ano, 46,3 % (118) si myslí, že spíše ne a 9,4 % (24) si to rozhodně nemyslí.

Graf 21



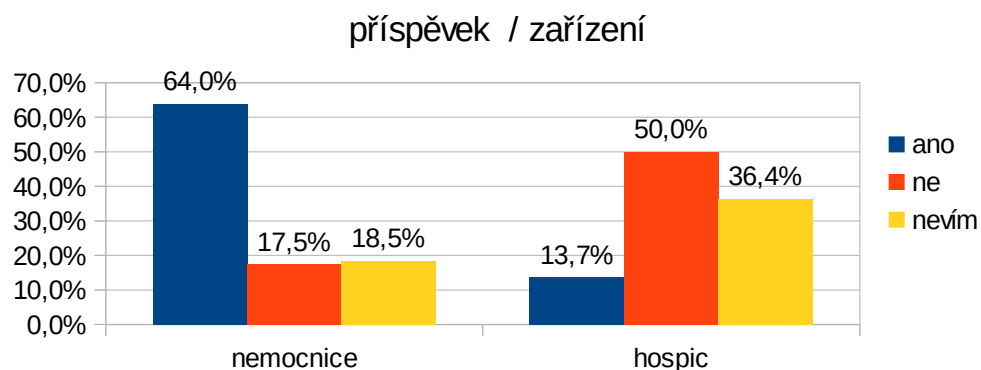
V *nemocnicích* školení na téma stres a jeho následky probíhají u 56,1 % respondentů, o této možnosti neví 28 % respondentů a 15,9 % respondentů tuto možnost popírají. Naopak v *hospicových zařízeních* tato školení probíhají v 69,7 %, 15,2 % respondentů o těchto školení neví a 15,2 % respondentů možnost školení negují.

Graf 22



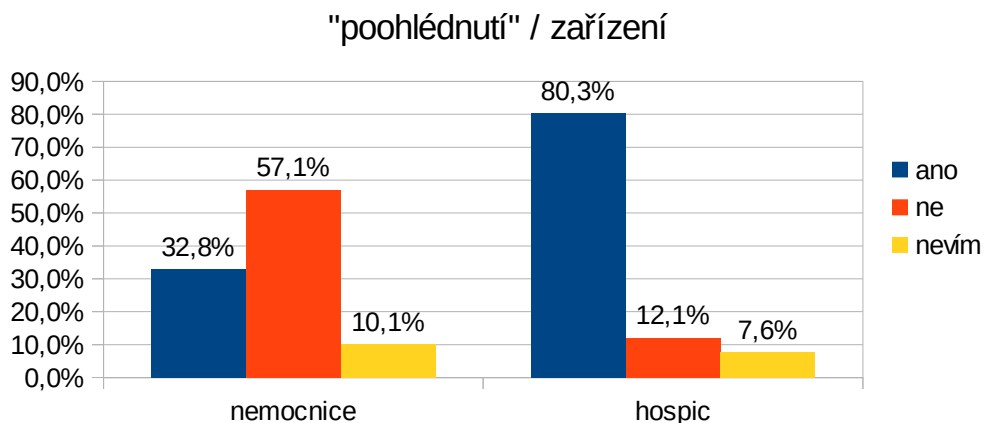
Supervize se provádějí v *nemocnicích* u 36,5 % dotazovaných, 50,8 % respondentů provádění supervize v nemocnicích popírá a 12,7 % tento pojem nezná. Naopak v *hospicových zařízeních* se supervize provádějí u 50 % respondentů a 47 % respondentů supervizi neprovádějí. 3 % respondentů v hospicích tento výraz nezná.

Graf 23



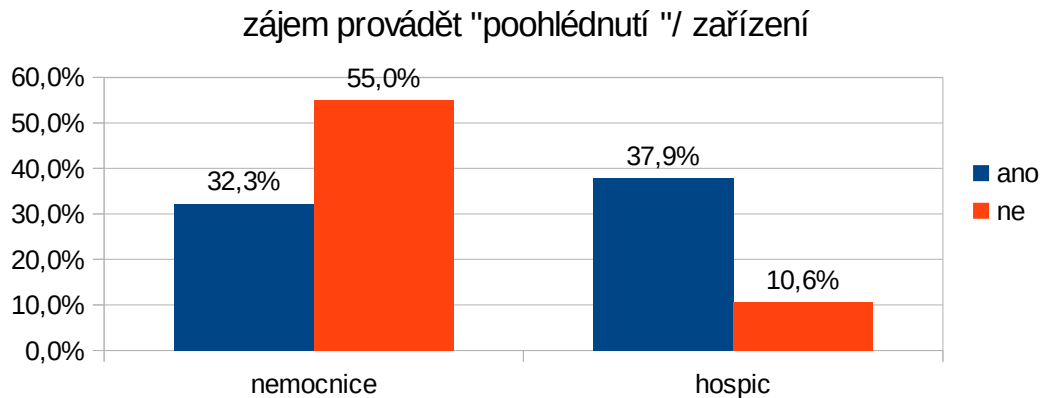
V *nemocnicích* přiznává možnost příspěvku od zaměstnavatele na „zotavenou“ 64 % respondentů, popírá ho 17,5 % a neví 18,5 % respondentů. V *hospicích* tento příspěvek přiznává 13,7 % respondentů a tuto možnost příspěvku nemá 50 % respondentů. O takové možnosti neví 36,4 % dotazovaných v hospicových zařízeních.

Graf 24



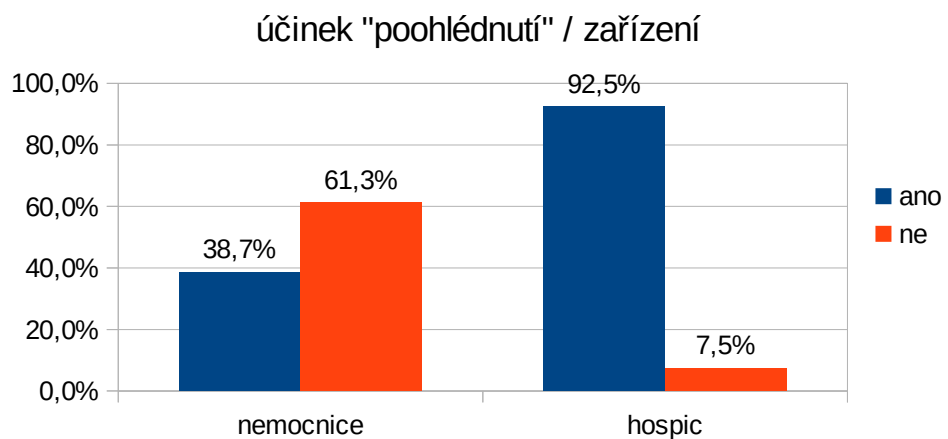
„Poohlédnutí“ za zemřelým provádějí v *nemocnicích* u 32,8 % respondentů, 57,1 % respondentů „poohlédnutí“ za zemřelým popírají a odpověď neví uvedlo 10,1 % respondentů pracujících v nemocničních zařízeních. Oproti tomu v *hospicových zařízeních* se „poohlédnutí“ za zemřelým provádí v 80,3 % dotazovaných, 12,1 % respondentů takové rozloučení se zemřelým neguje a 7,6 % o tom neví.

Graf 25



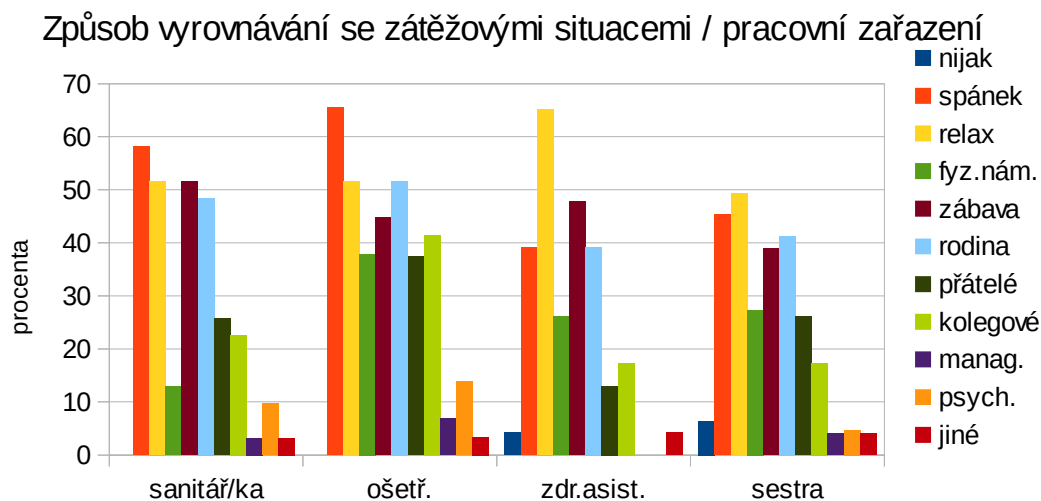
Zájem provádět „poohlédnutí“ za zemřelým by v nemocničních zařízeních mělo 32,3 % respondentů, naopak 55 % respondentů tento zájem nemá. V hospicích by zájem provádět „poohlédnutí“ za zemřelým mělo 37,9 % respondentů a 10,6 % zájem nemá.

Graf 26



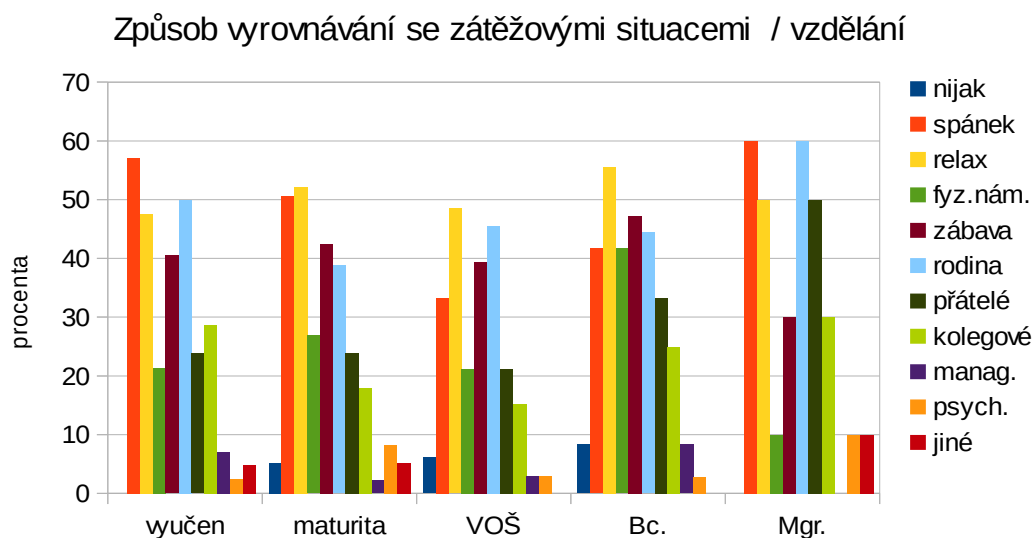
38,7 % respondentů v nemocničních zařízeních si myslí, že provádění „poohlédnutí“ za zemřelým by mohlo snížit zátěž ošetřujícím personálu. Tento názor nesdílí 61,3 % respondentů pracujících v nemocnicích. Naopak v hospicových zařízeních s kladným účinkem souhlasí 92,5 % respondentů a 7,5 % respondentů s tím nesouhlasí.

Graf 27



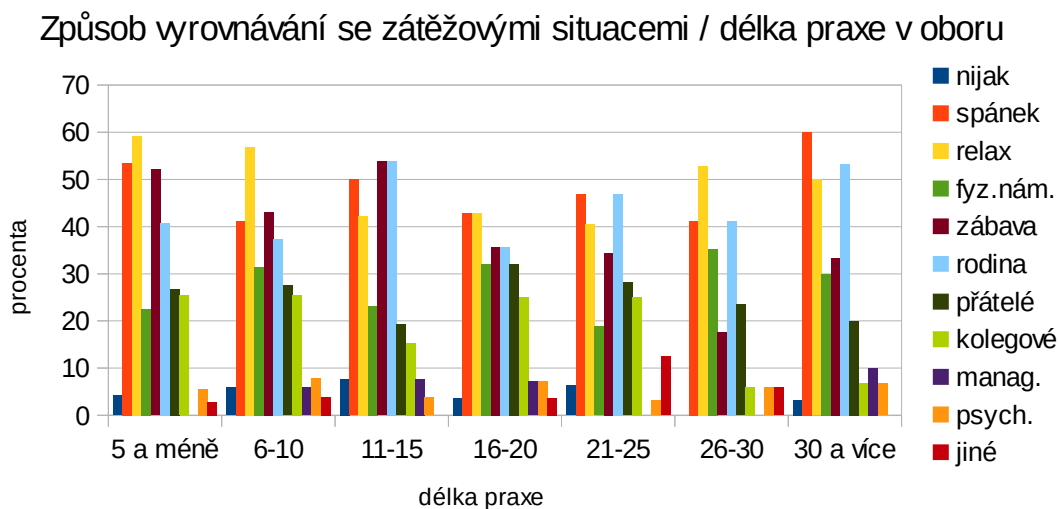
Sanitáři označili jako způsob vyrovnávání, (bylo možno označit více odpovědí), se zátěžovými situacemi v 58 % spánek, v 52 % relaxaci, v 13 % fyzickou námahu, v 52 % zábavu, 48 % sanitářů se vyrovnává pomocí podpory od rodiny, 26 % podpory od přátel, 23 % podpory od kolegů, 3 % sanitářů pocítují podporu od managementu, 10 % sanitářů hledá pomoc u odborníků a 3 % uvedli jiný způsob vyrovnávání. *Ošetřovatelé* řeší vyrovnávání se zátěží pomocí spánku v 66 %, relaxací v 52 %, fyzickou námahou v 38 %, zábavou v 45 %, podporu rodiny při zátěži pocítuje 52 % ošetřovatelů, podporu přátel 38 %, podporu kolegů 41 %, podporu managementu považuje při zátěži 7 % ošetřovatelů, 14 % hledá pomoc u odborníka a 3 % uvádějí jiné možnosti. *Zdravotničtí asistenti* v 4 % zátěžové situace nijak neřeší, 39 % zdravotnických asistentů uvádí za způsob vyrovnávání se zátěží spánek, 65 % relaxaci, 26 % fyzickou námahu, 48 % zábavu, 39 % podporu rodiny, 13 % podporu přátel, 17 % podporu kolegů, podporu managementu a odborníků nepocítuje žádný ošetřovatel/ka a jiná odpověď byla uvedena ve 4 %. *Sestry* se zátěží v 6 % nijak nevyrovnávají, 45 % sester se vyrovnává se zátěží spánkem, 49 % pomocí relaxace, 27 % fyzickou námahou, 39 % zábavou, 41 % se v takových případech obrací na pomoc od rodiny, 26 % od přátel, 17 % od kolegů, 4 % sester uvádějí pocítují podporu od managementu, 5 % od odborníka a 4 % uvádějí jiný způsob vyrovnávání.

Graf 28



Zátěžové situace řeší *vyučení* oš. pracovníci pomocí spánku v 57 %, relaxací 48 %, 21 % fyzickou námahou, 41 % zábavou, 50 % podporou rodiny, 24 % podporou přátel, 29 % podporou od kolegů, 7 % uvedlo podporu managementu, 2 % pomoc psychologa a 5 % jinou odpověď. Oš. pracovníci s *maturitou* se nevyrovnávají se zátěžovými situacemi v 5 % nijak, neřeší to, 51 % řeší zátěž spánkem, 52 % relaxací, 27 % fyzickou námahou, 43 % zábavou, 39 % podporou od rodiny, 24 % podporou od přátel, 18 % podporou od kolegů, 2 % pocítuje podporu managementu, 8 % potřebuje pomoc od psychologa a 5 % uvedlo jinou odpověď. 6 % oš. pracovníků s *vyšším odborným vzděláním* situace pracovní zátěže nijak neřeší, 33 % je řeší spánkem, 49 % relaxací, 21 % fyzickou námahou, 39 % zábavou, 46 % těchto dotazovaných pomáhá podpora rodiny, 21 % podpora přátel, 15 % podpora kolegů, 3 % cítí podporu v managementu, 3 % pomoc psychologa a jinou odpověď nikdo nevedl. 8 % *bakalářů* zátěžové situace nijak neřeší, 42 % bakalářů tyto situace řeší spánkem, 56 % relaxací, 42 % fyzickou námahou, 47 % zábavou, 44 % podporou od rodiny, 33 % podporou přátel, 25 % podporou od kolegů, 8 % má podporu v managementu, 3 % od psychologa a jinou odpověď nikdo nevedl. *Magistry* v 60 % řeší zátěž spánkem, v 50 % relaxací, v 10 % fyzickou námahou, v 30 % zábavou, 60 % těchto dotazovaných má podporu rodiny, 50 % podporu přátel, 30 % podporu kolegů, podporu od managementu nikdo nevedl, od psychologa 10 % a 10 % uvedlo jiný způsob vyrovnávání se. Respondenti mohli označit více možností.

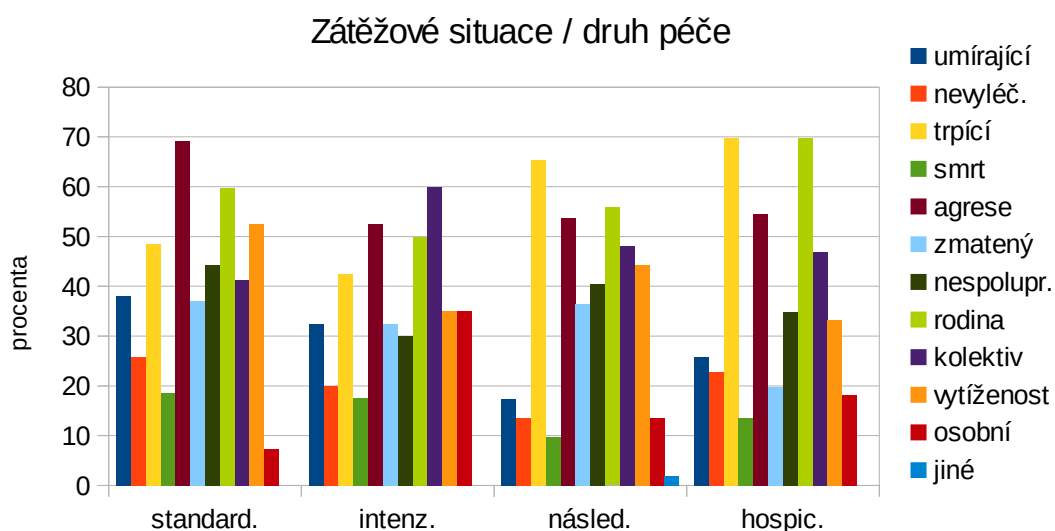
Graf 29



Způsob vyrovnávání se zátěži (bylo možné označit více odpovědí) u oš. personálu s délkou praxe 5 let a méně neřeší 4 %, 54 % uvedlo způsob vyrovnávání spánkem, 59 % relaxací, 23 % fyzickou námahou, 52 % zábavou, 41 % podporou rodiny, 27 % podporou přátel, 25 % podporou kolegů, podporu managementu neuvedl nikdo, podporu od psychologa 6 % a jiný způsob vyrovnávání 3 %. Oš. personál s délkou praxe 6-10 let zátěžové situace neřeší v 6 %, spánkem zátěž řeší 41 %, relaxací 57 %, 31 % fyzickou námahou, 43 % zábavou, 37 % podporou od rodiny, 28 % podporou přátel, 26 % podporou od kolegů, 6 % od managementu, 8 % pomocí psychologa a 4 % jiným způsobem. Oš. personál s délkou praxe 11-15 let zátěžové situace neřeší v 8 %, spánkem zátěž řeší 50 %, relaxací 42 %, 23 % fyzickou námahou, 54 % zábavou, 54 % podporou od rodiny, 19 % podporou přátel, 15 % podporou od kolegů, 8 % od managementu, 4 % pomocí psychologa a jiným způsobem nikdo. Oš. personál s délkou praxe 16-20 let zátěžové situace neřeší v 4 %, spánkem zátěž řeší 43 %, relaxací 43 %, 32 % fyzickou námahou, 36 % zábavou, 36 % podporou od rodiny, 32 % podporou přátel, 25 % podporou od kolegů, 7 % od managementu, 7 % pomocí psychologa a jiným způsobem 4 %. Oš. personál s délkou praxe 21-25 let zátěžové situace neřeší v 6 %, spánkem zátěž řeší 47 %, relaxací 41 %, 19 % fyzickou námahou, 34 % zábavou, 47 % podporou od rodiny, 28 % podporou přátel, 25 % podporou od kolegů, nikdo od managementu, 3 % pomocí psychologa a jiným způsobem 13 %. Oš. personál s délkou praxe 26-30 let zátěžové situace řeší spánkem 41 %, relaxací 53

%, 35 % fyzickou námahou, 18 % zábavou, 41 % podporou od rodiny, 24 % podporou přátel, 6 % podporou od kolegů, nikdo od managementu, 6 % pomocí psychologa a jiným způsobem také 6 %. *Oš. personál s délkou praxe 30 let a více* zátěžové situace neřeší v 3 %, spánkem zátěž řeší 60 %, relaxací 50 %, 30 % fyzickou námahou, 33 % zábavou, 53 % podporou od rodiny, 20 % podporou přátel, 7 % podporou od kolegů, 10 % od managementu, 7 % pomocí psychologa a jiným způsobem nikdo.

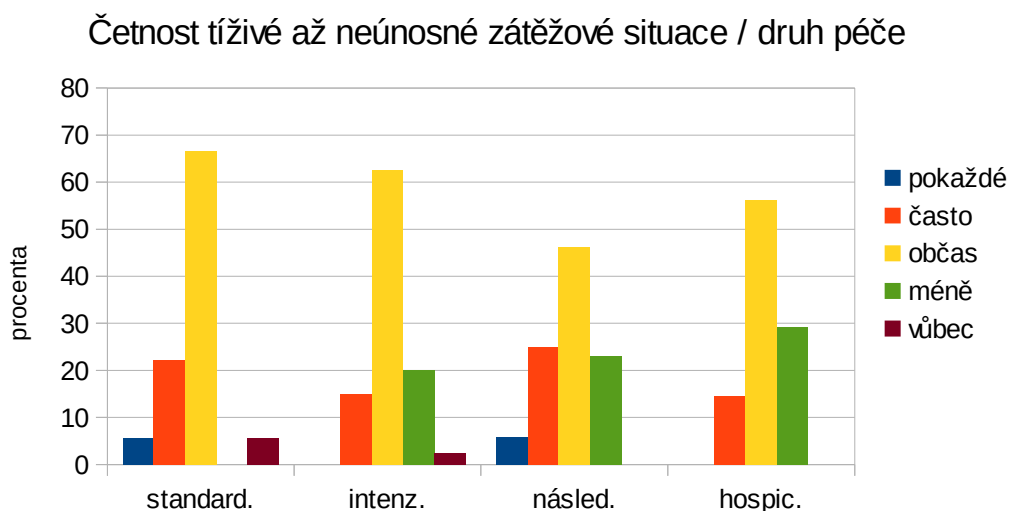
Graf 30



Za zátěžovou situaci ve své práci na *standardním oddělení* označuje umírajícího pacienta 38 % dotazovaných, nevléčitelně nemocného 26 %, trpícího pacienta 49 %, smrt pacienta 19 %, 69 % respondentů zatěžuje agresivní pacient, 37 % zmatený pacient, 44 % nespolupracující pacient, 60 % konfliktní situace s rodinou pacienta, 41 % konflikty na pracovišti, 53 % pracovní vytíženost, 7 % osobní problémy a jinou odpověď nikdo nevedl. Za zátěžovou situaci ve své práci na *oddělení intenzivní péče* označuje umírajícího pacienta 33 % dotazovaných, nevléčitelně nemocného 20 %, trpícího pacienta 43 %, smrt pacienta 18 %, 53 % respondentů zatěžuje agresivní pacient, 33 % zmatený pacient, 30 % nespolupracující pacient, 50 % konfliktní situace s rodinou pacienta, 60 % konflikty na pracovišti, 35 % pracovní vytíženost, 35 % osobní problémy a jinou odpověď nikdo nevedl. Za zátěžovou situaci ve své práci na *oddělení následné péče* označuje umírajícího pacienta 17 % dotazovaných, nevléčitelně nemocného 14 %, trpícího pacienta 66 %, smrt pacienta 10 %, 54 % respondentů

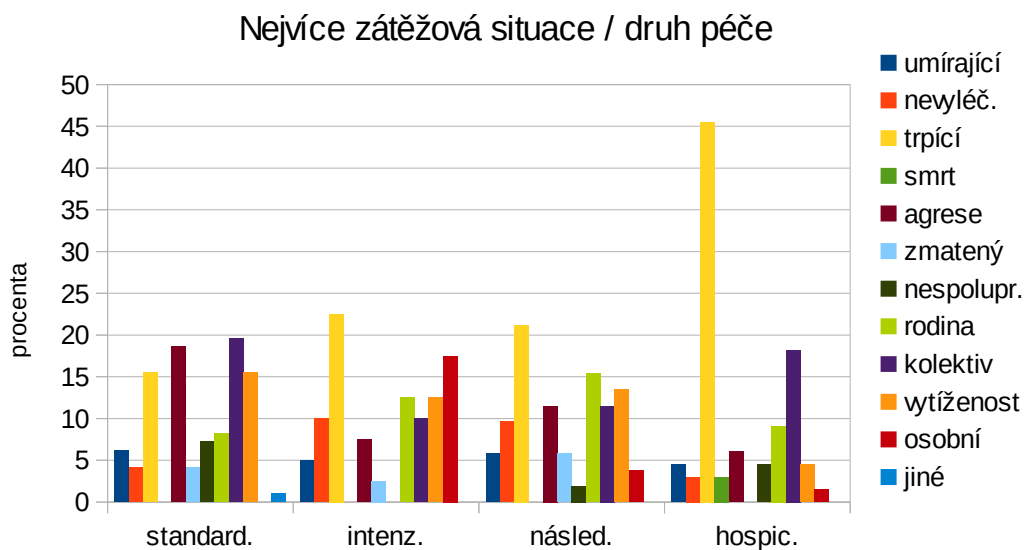
zatěžuje agresivní pacient, 37 % zmatený pacient, 40 % nespolupracující pacient, 56 % konfliktní situace s rodinou pacienta, 48 % konflikty na pracovišti, 44 % pracovní vyčerpání, 14 % osobní problémy a jinou odpověď uvedli 2 % dotazovaných. Za zátěžovou situaci ve své práci v *zařízeních hospicové péče* označuje umírajícího pacienta 26 % dotazovaných, nevyléčitelně nemocného 23 %, trpícího pacienta 70 %, smrt pacienta 14 %, 55 % respondentů zatěžuje agresivní pacient, 20 % zmatený pacient, 35 % nespolupracující pacient, 70 % konfliktní situace s rodinou pacienta, 47 % konflikty na pracovišti, 33 % pracovní vyčerpání, 18 % osobní problémy a jinou odpověď nikdo nevedl. Respondenti mohli uvést více možností.

Graf 31



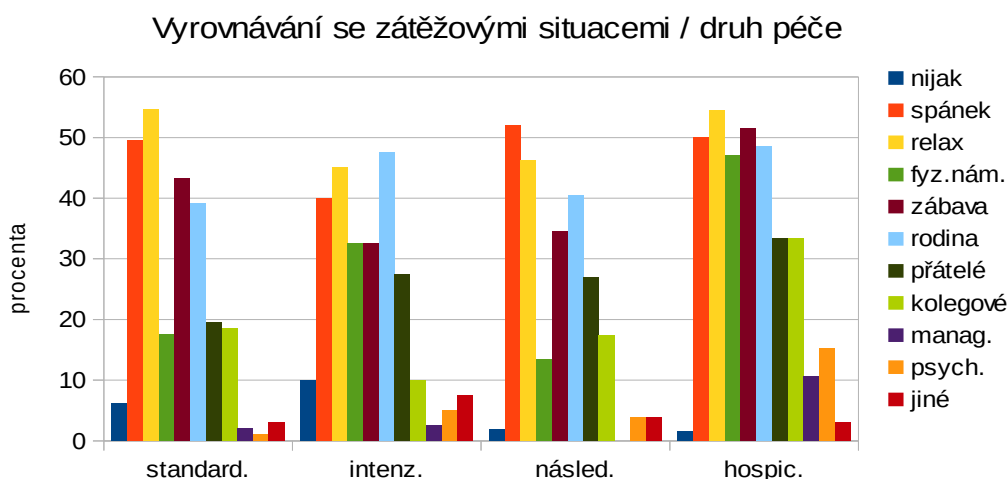
Zátěžové situace pociťuje oš. personál na jednotkách *standardní péče* pokaždé, když jsou v práci v 6 %, často uvedlo 22 % dotazovaných, občas 67 %, méně často nikdo a vůbec nepociťuje pracovní zátěž 6 % dotazovaných. Na jednotkách *intenzivní péče* nepociťuje zátěž pokaždé nikdo, 15 % často, 63 % občas, 20 % méně často a vůbec 3 % dotazovaných. Na jednotkách *následné péče* pociťují zátěž v 6 % dotazovaných, často jí pociťuje 25 %, občas 46 %, 23 % méně často a vůbec nikdo. V *zařízeních hospicové péče* zátěžové situace pokaždé neuvádí nikdo, 15 % často, 56 % občas, 29 % méně často a odpověď vůbec nevedl nikdo.

Graf 32



Nejvíce zátěžová situace pro oš. personál na *standardních odděleních* jsou v 20 % konfliktní situace na pracovišti. Na odděleních *intenzivní péče* je nejvíce zátěžovou situací trpící pacient a to u 23 % , na odděleních *následné péče* je to v 21 % trpící pacient a v zařízeních *hospicové péče* je nejvíce zatěžující situací pro oš. personál označován v 46 % opět trpící pacient.

Graf 33



Vyrovňávání se zátěžovými situacemi oš. personál na jednotkách *standardní péče*, (respondenti mohli uvést více možností), nijak neřeší 6 %, spánkem 50 %, relaxací

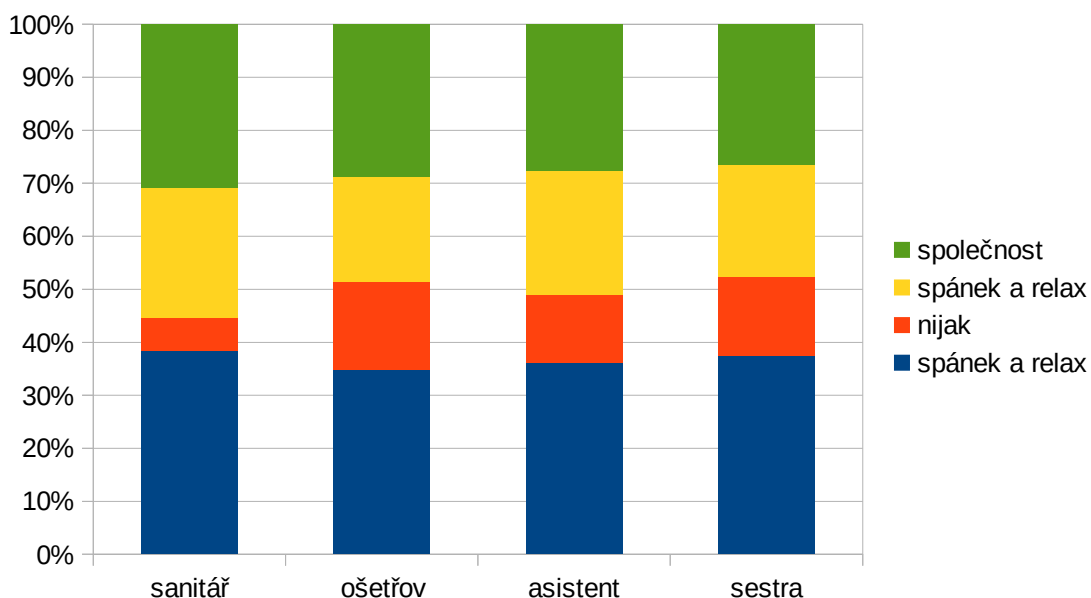
55 %, fyzickou námahou 18 %, zábavou 43 %, podporou od rodiny 39 %, podporou od přátel 20 %, podporou kolegů 19 %, 2 % dotazovaných pocituje podporu ze strany managementu, 1 % potřebuje pomoc od psychologa a jiný způsob vyrovnávání uvádí 3 % dotazovaných. Zátěžové situace na jednotkách *intenzivní péče* neřeší 10 % dotazovaných, naopak jim ve vyrovnávání se zátěží pomáhá ve 40 % spánek, 45 % relaxace, 33 % fyzická námaha, 33 % zábava, podpora rodiny pomáhá 48 % dotazovaných, podpora přátel 28 %, podpora kolegů 10 %, 3 % pomáhá management, 5 % psycholog a jinou odpověď uvedlo 8 % dotazovaných. Oš. personál na jednotkách *následné péče* zátěžové situace neřeší ve 2 %, spánek pomáhá u 52 % dotazovaných, relaxace u 46 %, v 14 % fyzická námaha, v 35 % zábava, 40 % dotazovaných využívá podporu rodiny, 27 % podporu přátel, 17 % podporu kolegů, nikdo nepocituje pomoc ze strany managementu, 4 % od psychologa a 4 % dotazovaných využívá k odbourání zátěže jiné způsoby. V zařízeních *hospicové péče* nijak neřeší zátěžové situace 2 % dotazovaných, naopak zvládat zátěž pomocí spánku využívá 50 % dotazovaných, 55 % uvádí k zvládnutí zátěže relaxaci, 47 % fyzickou námahu, 52 % zábavu, 49 % podporu rodiny, 33 % podporu přátel, 33 % podporu kolegů, 11 % podporu managementu, 15 % psychologa a 3 % jiný způsob vyrovnávání.

4.2 Výsledky zpracování hypotéz

Hypotézou 1 byly testovány rozdíly ve způsobech vyrovnávání se zátěžovými situacemi (ot. 10) závislé na dosažené kvalifikaci ošetrovatelského personálu (ot. 3 a 5).

Graf 34

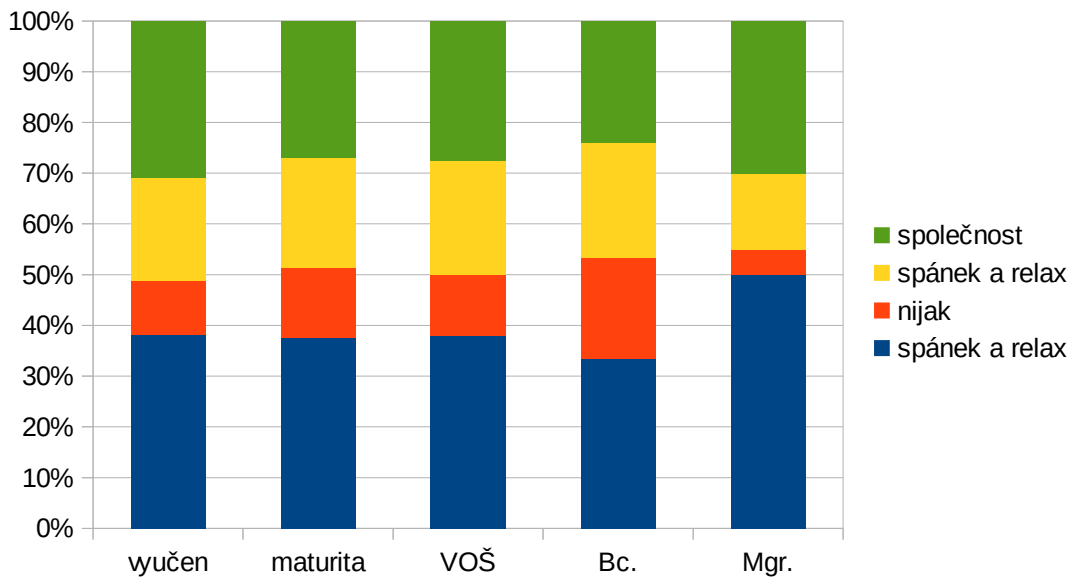
Způsob vyrovnávání se zátěžovými situacemi v závislosti na dosažené kvalifikaci



Závislost dat v tomto grafu jsme testovali pomocí Pearsonova chí kvadrát testu, který udává testovou statistiku $\chi^2 = 4.4836$ a $df = 9$. Na hladině významnosti 0.05 (p-hodnota = 0.8768) nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti dat v tomto grafu, což znamená, že není prokázán rozdíl ve způsobu vyrovnání se zátěžovými situacemi v závislosti na kvalifikaci personálu.

Graf 35

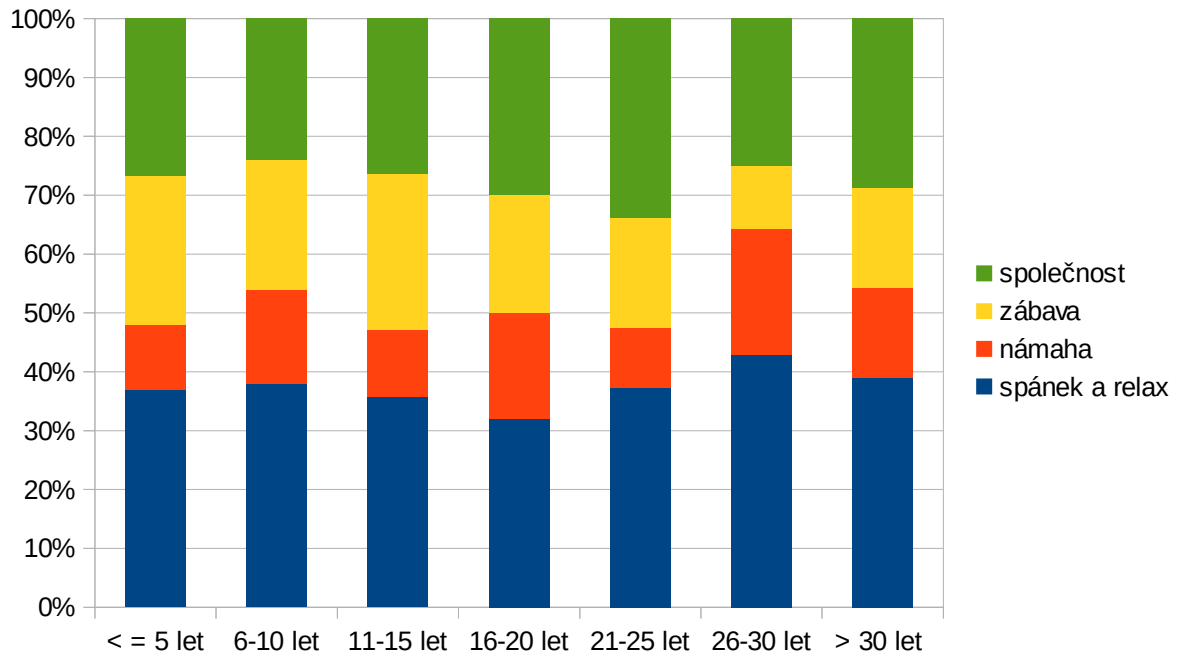
Způsob vyrovnávání se zátěžovými situacemi v závislosti na vzdělání



Závislost dat v tomto grafu jsme testovali pomocí Pearsonova chí kvadrát testu, který udává testovou statistiku $\chi^2 = 4.4836$ a $df = 9$. Na hladině významnosti 0.05 (p -hodnota = 0.8768) nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti dat v tomto grafu, což znamená, že není prokázán rozdíl ve způsobu vyrovnání se zátěžovými situacemi v závislosti na vzdělání personálu.

Hypotéza 2 testovala rozdíly ve způsobech vyrovnávání se zátěžovými situacemi (ot.10) v závislosti na délce praxe personálu (ot.4).

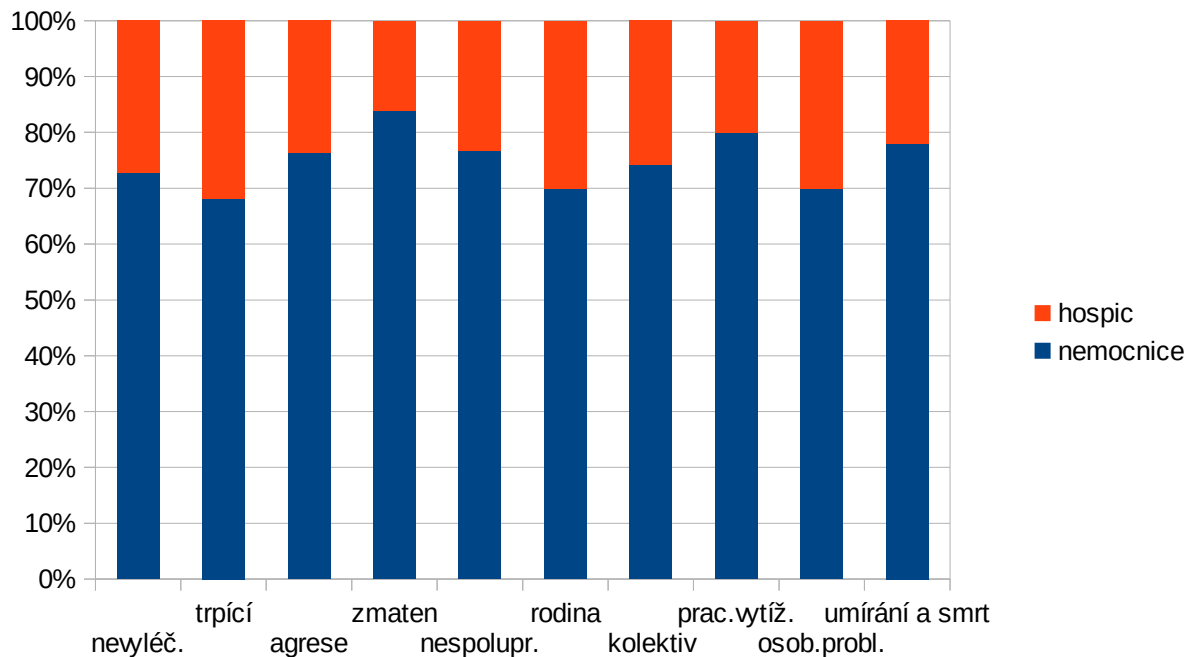
Graf 36 Způsob vyrovnávání se zátěžovými situacemi v závislosti na délce praxe



Závislost dat v tomto grafu jsme testovali pomocí Pearsonova chí kvadrát testu, který udává testovou statistiku $\chi^2 = 10.1712$ a $df = 18$. Na hladině významnosti 0.05 (p-hodnota = 0.9262) nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti dat v tomto grafu, což znamená, že není prokázán rozdíl ve způsobu vyrovnání se zátěžovými situacemi v závislosti na délce praxe.

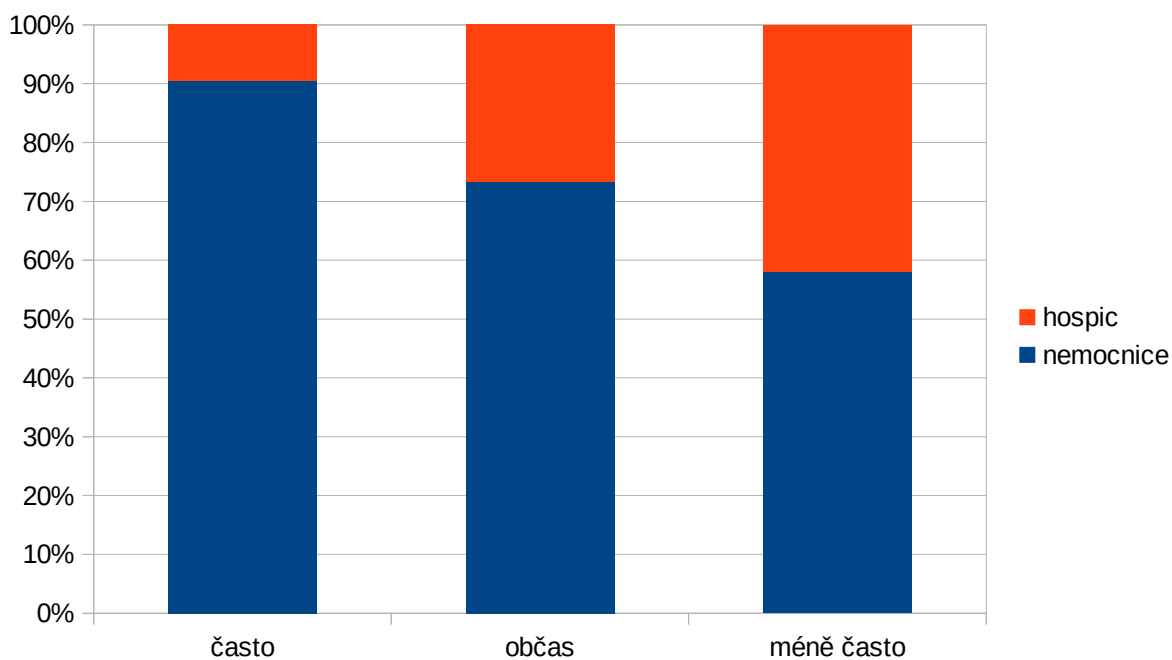
Hypotéza 3 testovala rozdíly ve způsobech zvládnání zátěžových situací (ot.7,8,9 a 10) mezi nemocničním personálem a personálem hospiců (ot.6).

Graf 37 Zátěžové situace v závislosti na typu zařízení



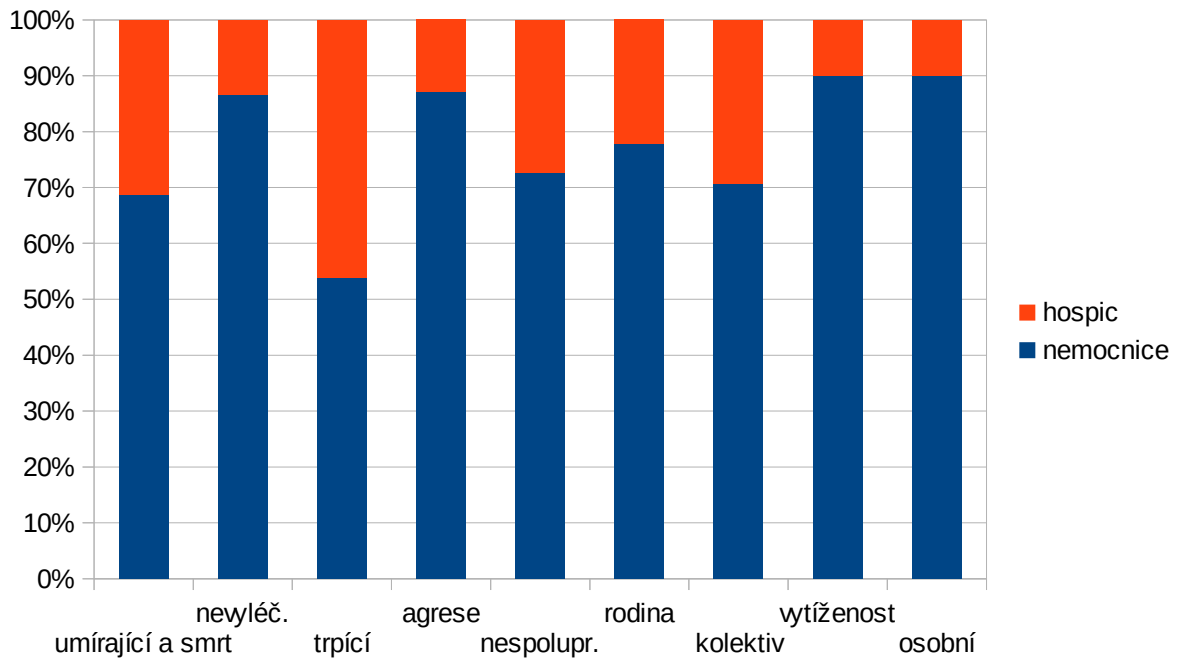
Závislost dat v tomto grafu jsme testovali pomocí Pearsonova chí kvadrát testu, který udává testovou statistiku $\chi^2 = 11.9557$ a $df = 9$. Na hladině významnosti 0.05 (p-hodnota = 0.2158) nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti dat v tomto grafu, což znamená, že nebyl prokázán rozdíl ve způsobu zvládnání zátěžových situací (ot. 7) mezi nemocnicí a hospicem. (V nemocnicích ošetrovatelský personál pociťuje zátěžové situace obdobné jako v hospicích.)

Graf 38 Četnost tíživé až neúnosné zátěžové situace v závislosti na typu zařízení



Závislost dat v tomto grafu jsme testovali pomocí Pearsonova chí kvadrát testu, který udává testovou statistiku $\chi^2 = 17.0304$ a $df = 2$. Na hladině významnosti 0.05 (p-hodnota = 0.0002004) zamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti dat v tomto grafu, což znamená, že byl prokázán statisticky významný rozdíl ve způsobu zvládnání zátěžových situací (ot. 8) mezi nemocnicí a hospicem. (V nemocnici pocítují pracovní zátěž tíživou až neúnosnou častěji než v hospicu.)

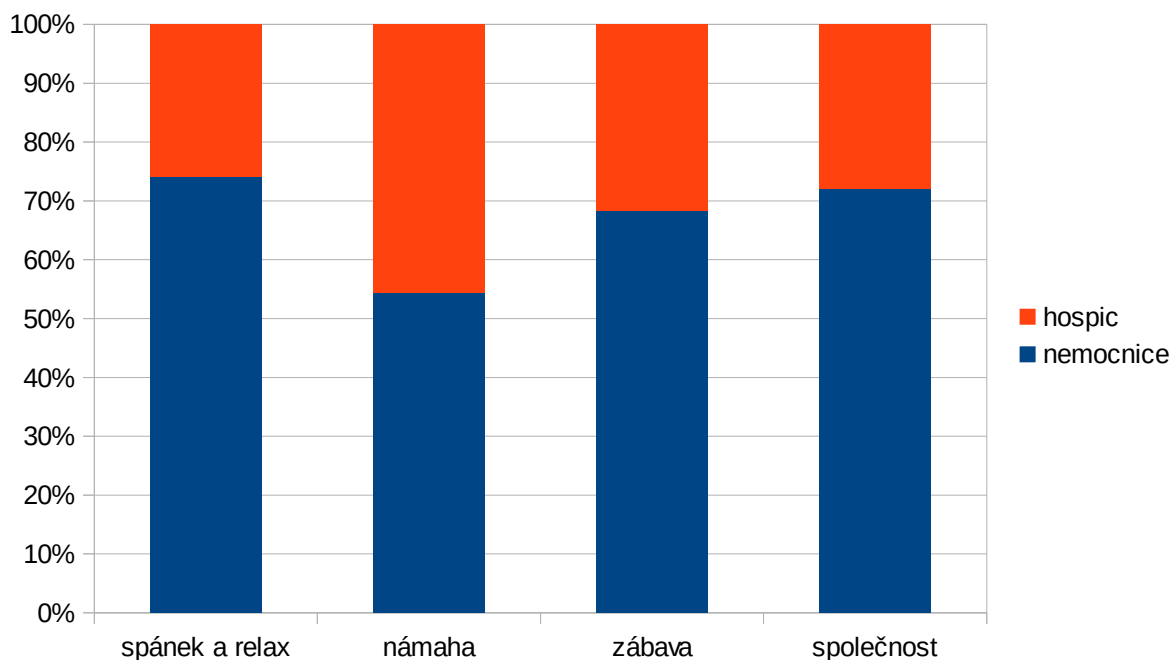
Graf 39 Nejnáročnější zátěžová situace v závislosti na typu zařízení



Závislost dat v tomto grafu jsme testovali pomocí Pearsonova chí kvadrát testu, který udává testovou statistiku $\chi^2 = 23.1664$ a $df = 8$. Na hladině významnosti 0.05 (p-hodnota = 0.003157) zamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti dat v tomto grafu, což znamená, že byl prokázán statisticky významný rozdíl ve způsobu zvládnání zátěžových situací (ot. 9) mezi nemocnicí a hospicem. (V nemocnicích jsou pro ošetrovatelský personál nejvíce zatěžující situace jiné než v hospicích.)

..

Graf 40 Způsob vyrovnávání se zátěžovými situacemi v závislosti na typu zařízení



Závislost dat v tomto grafu jsme testovali pomocí Pearsonova chí kvadrát testu, který udává testovou statistiku $\chi^2 = 16.3663$ a $df = 12$. Na hladině významnosti 0.05 (p-hodnota = 0.175) nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti dat v tomto grafu, což znamená, že nebyl prokázán rozdíl ve způsobu zvládnání zátěžových situací (ot. 10) mezi nemocnicí a hospicem. (V nemocnicích se ošetrovatelský personál vyrovnává se zátěžovými situacemi obdobně jako v hospicích.)

5 Diskuze

Podnětem ke zpracování tématu, zmapování zátěžových situací v práci ošetrovatelského personálu se zaměřením na umírání a smrt pacienta a porovnání zátěže a jejich zvládání mezi nemocniční (standardní, intenzivní, následnou) a hospicovou péčí, byla osobní zkušenost s umírajícími ve více těchto zařízeních a rozdílný pohled na celou problematiku.

Práce sestry je velmi náročná, a to po stránce psychické, fyzické i emocionální. Je to povolání, ve kterém je sestra stále ve styku s mnoha stresory různého druhu. Na sestry působí nejen přímá pracovní zátěž, ale i požadavky na její charakterové vlastnosti, dovednosti a neustálé vzdělávání. Práce s nemocnými lidmi bývá dlouhodobá a mnohdy vyčerpávající. V profesi sestry jde převážně o poskytování pomoci. Ale zpětná vazba, informace o výsledcích její profesionální činnosti bývá mnohdy nedosažitelná. Hodnota vykonané práce je prakticky nevyčíslitelná a možná i proto je nedostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami. Povolání sestry je výzvou, ve které se skrývá ochota profesionálně se postarat o ty, kteří pomoc potřebují a očekává se od nich určité sebeobětování v zájmu pacienta (Bartošíková, 2006; Venglářová, 2011).

Během výzkumu, který se zabýval zátěžovými situacemi ošetrovatelského personálu, byl rozdán dotazník (Příloha 1) ošetrovatelským pracovníkům všech kategorií v zařízeních nemocniční a hospicové péče. V nemocnicích byl výzkum cíleně zaměřen na úseky lůžkové péče interních oborů, a to jak na standardní, intenzivní i následnou péči, kde se předpokládá četnost kontaktu s umírajícím pacientem. Do hospicové péče byla záměrně vybrána zařízení kamenných hospiců i domácí hospicové péče.

Pro větší variabilitu odpovědí byly osloveny náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve dvou okresních nemocnicích a dvou krajských nemocnicích. V jedné byl výzkum umožněn neomezeně na všech lůžkových odděleních a v ostatních, vzhledem k vytíženosti personálu pouze na některých, předem domluvených odděleních (Příloha 2). Pro výzkum zátěže v hospicové péči bylo osloveno velké množství zařízení kamenných hospiců, kde jsem se setkala z velké části s negativní odpovědí na mou žádost s výzkumem (nejčastěji z důvodu velkého pracovního vytížení ošetrovatelského personálu a častosti studentských výzkumů) nebo žádnou odpovědí (i přes opakovanou

žádost). Spolupráce s vedoucími pracovníky v zařízeních domácí hospicové péče nebyla tak náročná jako u kamenných hospiců, ale bylo třeba oslovit více organizací, protože počet ošetrovatelských pracovníků bývá v těchto úsecích hospicové péče nízký.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 269 respondentů, a to z $\frac{3}{4}$ z nemocnic a $\frac{1}{4}$ z hospiců (Graf 6). Vzorek k šetření tvořily z převážné většiny ženy (94 %) (Graf 1) ve středním věku (Graf 2), pracovním zařazení „sestra“ (68 %) (Graf 3) a nejvyšším ukončeným vzděláním středoškolské s maturitou (53 %) (Graf 5). Překvapivé bylo, že délka praxe v oboru byla u poloviny dotazovaných uváděna kratší 10 let. Z toho je nutné podotknout, že z celkového počtu respondentů je v 28 % délka praxe uvedena dokonce 5 let a méně (Graf 4). Což vzhledem k vyrovnanému věkovému rozložení neodpovídá a lze to samozřejmě vysvětlit i například potřebou ošetrovatelského personálu pro velkou pracovní zátěž častěji měnit pracoviště.

Za zátěžové situace pro ošetrovatelský personál, jejichž zmapování bylo cílem této práce, je považováno v pěti nejčastějších odpovědích: trpící a agresivní pacient, dále konfliktní situace s rodinou pacienta, konfliktní situace na pracovišti a pracovní vytížení ošetrovatelského personálu (časový tlak, přesčasy, náročnost, vysoké požadavky, neobvyklé situace,...) (Graf 7). Překvapivé je, že péče o umírajícího, nevléčitelně nemocného a smrt pacienta nebyla dle našeho výzkumu stěžejní pracovní zátěží pro ošetrovatelský personál. Také osobní problémy uvedlo jen okrajové množství respondentů.

Naše výsledky se částečně shodují s porovnáním studie Adib-Hajbaghery et al. (2012), jejíž cílem bylo zjistit zkušenosti a vnímání sester týkající se pracovního stresu. K jejich nejvýznamnějším stresorům patřili trvalé riziko krizové situace, vážné a nepředvídatelné změny ve stavu pacienta, dále nadměrná pracovní zátěž a konflikty na pracovišti. Dalšími stresovými faktory jsou nedostatek zkušeností, špatné sociální postavení, nedostatek sester, špatná logistika a nesrovnalosti v organizaci. Jedním z nejdůležitějších zdrojů pracovního stresu v tomto výzkumu byla spojitost s jejich rodinným a osobním životem. Nejenže sestry čelí více pracovním stresům, ale jejich soukromí a rodinný život je těmito faktory ovlivněn.

V jiné studii Ko W. a Kiser-Larson N. (2016) zjistili, že největší zdroje stresu byli vytížení, umírání a smrt pacienta. Dalším možným stresovým faktorem je konflikty na pracovišti. Starší účastníci (41-50 let) měli větší skóre namáhání než účastníci mladší (20-30 let). Taktéž Rodrigues A.B. a Chaves E.C. (2008) ve své studii zjišťovali stresové faktory (u onkologických sester). Výsledky ukázaly, že hlavními stresovými

faktorem jsou úmrtí pacienta, krizové situace, problémy ve vztazích v ošetrovatelském týmu a pracovní situace. Hlavní strategií zvládnání bylo pozitivní hodnocení.

Czaja et al. (2012) se ve své studii zaměřili na dětské sestry v akutní péči, které se během své praxe setkaly s traumatickými událostmi a byly tudíž ohroženy posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD). 21 % mělo silné příznaky PTSD a ostatní sestry s potencionálním PTSD vykazovalo příznaky stresu, deprese a syndromu vyhoření a častěji uvažují o změně povolání. Kromě toho tyto příznaky ovlivňují nejen jejich práci, ale i osobní život. Ve studii bylo zajímavé, že sestry mezi traumatické události, které jsou příčinou sekundárního traumatického stresu a pocitu únavy, nejvíce uvedly péči o agresivního pacienta, slovní výhrůžky od rodinných příslušníků, dále pracovní podmínky a týmové vztahy. Méně často byly popisovány události „svědek traumatu“ či péče o umírajícího pacienta.

Naše šetření zjistilo, že zatímco na lůžkových odděleních standardní péče jako zatěžující situace převážila péče o agresivního pacienta, v intenzivní péči jsou to konfliktní situace na pracovišti, a v následné a hospicové péči je to trpící pacient a rodina pacienta (Graf 30). Což by se dalo vysvětlit skladbou pacientů a náročností práce.

Jako nejnáročnější zátěžová situace se jednoznačně ukázala péče o trpícího pacienta, a to v 26 % všech dotazovaných (Graf 9). V samotné hospicové péči tento vzorek tvoří až 46 % respondentů (Graf 32). Tento fakt poukazuje na to, že práce sestry je především o pomoci druhým lidem, což představuje smysluplnost její práce a jako taková je ceněna. Dobře vykonaná práce, zmírnění utrpení či úplné vyléčení pacienta přináší uspokojení (Bartošíková, 2006, Vévoda, 2013).

Téměř všichni respondenti (99 %) přiznali, že během výkonu svého povolání již někdy pocítili pracovní zátěž za tíživou až neúnosnou. Z toho přes polovinu dotazovaných takovéto situace pociťuje občas (několikrát do roka), a 19 % dokonce často (několikrát do měsíce). Pouze 3 respondenti z celkového počtu uvedli, že takovou situaci ještě vůbec nepocítili a bylo to zdůvodněno částečným úvazkem (Graf 8). Odpověď „občas“ byla u jednotlivých druhů poskytované péče (standardní, intenzivní, následná a hospicová) nejčastější. Pouze u standardní a následné péče se objevily odpovědi, že tíživou až neúnosnou situaci respondenti zažívají pokaždé, když jsou v práci (Graf 31).

Z našeho výzkumu, kde jsme se zajímali o způsoby vyrovnávání se stresem ošetrovatelského personálu, vyplývá, že nejčastěji se respondenti odreagovávají pomocí

relaxace (př. káva, kouření, teplá lázeň, dobré jídlo, masáž, dechová cvičení, aj.) (19 %), dále odpočinkem a spánkem (18 %). Kraska-Lüdecke (2007) uvádí, že u mužů a žen se projevuje odlišná tendence k vyhledávání odpočinku a odreagování. Ženy více vyhledávají relaxační metody a muži dávají přednost fyzické aktivitě. Shoda u obou pohlaví je zvládnání zátěže pomocí spánku. Což by vysvětlovalo, proč fyzická aktivita v našem výzkumu nebyla ve způsobech vyrovnávání se stresem u ošetrovatelských pracovníků tak častá, protože převážnou většinu vzorku výzkumu tvořily ženy (94 %) (Graf 1). Velké části respondentů (32 %) pomáhá v zátěžových situacích podpora od druhých, ať už od rodiny, přátel či kolegů. Což v porovnání s výsledky studie Ko and Kiser-Larson (2016) a Ekedall and Wengtröm (2006), zaměřené na vyrovnávání se stresem, je podobné. Uvedli, že onkologické sestry používají ke zvládnání pracovního stresu podporu ze strany kolegů a humor. Taktéž mnoho účastníků uvedlo, že k zvládnání stresu mají k dispozici služby kaplana. Další zdroje, které by jim pomohly stres překonat, uvedli dostatek personálu a podporu managementu. V našem výzkumu odbornou pomoc psychologa využívá jen malé procento dotazovaných (2 %) a taktéž zanedbatelná část zátěžové situace nijak neřeší. Smutné je, nikoli překvapující, že pouhé 1 % respondentů pocítuje podporu od managementu (Graf 10). Naštěstí dosavadní způsoby vyrovnávání s pracovní zátěží dostačuje a spíše dostačuje 82 % respondentů (Graf 11).

Hypotézou 1 jsme zkoumali rozdíly ve způsobech vyrovnávání se zátěžovými situacemi v závislosti na kvalifikaci ošetrovatelského personálu. Zde bylo posuzováno vyrovnávání na základě pracovního zařazení (Graf 27 a 34) a na základě vzdělání (Graf 28 a 35). Nebyly prokázány významné rozdíly ve způsobech vyrovnávání se zátěžovými situacemi v profesi ošetrovatelského personálu. Na rozdíl od našich zjištění podle studie Zyga et al. (2016), která byla zaměřena na posouzení způsobů zvládnání stresových situací v profesi sestry, bylo zjištěno, že pohlaví, vzdělání, pracovní pozice, typ oddělení či počet pacientů může mít vliv na způsoby zvládnání zátěže.

Hypotézou 2 jsme porovnávali opět rozdíly ve způsobech vyrovnávání se zátěží v profesi ošetrovatelského personálu, tentokrát se zaměřením na délku praxe v oboru (Graf 29 a 36). Přičemž opět nebyl prokázán významný rozdíl ve způsobech vyrovnávání v závislosti na délce praxe. Jiné studie však poukazují na jisté souvislosti. Např. Potter et al. (2010) uvádí, že poskytovatelé zdravotní péče s 11-20 lety praxe byli vystaveni největšímu riziku vyhoření. A Quattrin et al. (2006) uvádí, že onkologické sestry s více jak 15 lety praxe měly větší emoční vyčerpání.

Hypotéza 3 testovala rozdíly ve způsobech zvládnání zátěžových situací mezi nemocničním personálem a personálem hospiců. V četnosti tíživé až neúnosné zátěžové situace byl prokázán významný rozdíl u personálu pracujícího v nemocnici a hospici (Graf 31 a 38). V nemocnici pociťují pracovní zátěž tíživou až neúnosnou častěji než v hospici. Což by se dalo vysvětlit např. množstvím pacientů na jednu sestru během pracovní doby, množstvím odborných úkonů, náročností technického vybavení, více administrativy aj. Zároveň i v odpovědích na otázku: jaká zátěžová situace je pro ošetrovatelský personál nejvíce stresující, byl prokázán významný statistický rozdíl mezi nemocničním personálem a personálem hospiců (Graf 32 a 39). Protože například u nejčastěji uváděné zátěžové situace „péče o trpícího pacienta“ byla v hospici považována za nejvíce stresující u 46 % ošetrovatelského personálu, zatímco v nemocnicích tento faktor považuje za nejvíce stresující pouze 19 % personálu. Avšak za pracovní zátěž považuje ošetrovatelský personál v nemocnicích a hospicích obdobné situace (Graf 30 a 37). Rozdíly ve způsobech vyrovnávání u ošetrovatelského personálu mezi jednotlivými druhy péče nebyly významné (Graf 33 a 40). To dokazuje, společně s výsledky hypotézy 1 a 2, že nezáleží na tom, jaké má ošetrovatelský personál vzdělání, pracovní zařazení, délku praxe v oboru, či na jakém pracovišti pracuje, ale jaký je jako individualita, jaký má svůj žebříček hodnot, charakter, zvyklosti či zkušenosti a také možnosti.

Na pracovní spokojenost zaměstnanců a zamezení fluktuace zdravotnického personálu má velký vliv management, který by se měl zajímat o hodnotové preference svých zaměstnanců a zaměřit se na saturaci negativních faktorů (Vévoda, 2013). Hypotéza 4 se zabývala tím, jestli ošetrovatelský personál vnímá při zvládnání zátěžových situací jako účinnější vlastní psychohygienu, než podporu ze strany managementu. Z výzkumu vyplývá, že ačkoliv organizace svým zaměstnancům poskytují ve větší míře různá školení na téma pracovní zatížení, stres, syndrom vyhoření apod. (u 60 % respondentů) (Graf 13), v daných zařízeních probíhají pravidelné či individuální supervize (u 40 % respondentů) (Graf 14), 51 % respondentů přiznává možnost příspěvku na „zotavenou“ (masáže, cvičení, wellnes, pobytové zájezdy, aj.) (Graf 15) a „poohlédnutí“ za zemřelým probíhá u 45 % dotazovaných (Graf 18), což by se dalo jako podpora od managementu jistě považovat, podporu od managementu při zvládnání zátěžových situací pociťuje z celkového počtu 255 pouze 10 respondentů (1,4 %) (Graf 10). Již přípravu na potencionální (očekávané) zátěžové situace během studia uvádí 68 % respondentů jako žádnou či nedostačující (Graf 12).

Školení na dané téma probíhají z velké části jak v nemocnicích (56 %) tak v hospicích (70 %) (Graf 21). Supervize v nemocnicích probíhají pouze u 37 % respondentů, a to spíše neoficiálně (proberou problémovou situaci s kolegy), jak bylo podotknuto respondenty v dotazníku. Zatímco v hospicích pravidelné a individuální supervize přiznává 50 % dotazovaných. 10 % respondentů tento výraz vůbec nezná (Graf 22). Což potvrzuje, že supervize ve zdravotnictví je zatím téma méně známé a méně používané. V jiných pomáhajících profesích, především sociálních službách je supervize používaná již dlouhodobě jako nástroj zkvalitňování péče (Bartošíková, 2006). Příspěvek na „zotavenou“ je umožňován především v nemocnicích a to v 64 %, zatímco v hospicích pouze u 14 % respondentů (Graf 23). Oproti tomu v hospicích provozují tzv. „poohlédnutí“ za zemřelým (rozloučení se zemřelým, uzavření péče o zemřelého) v 80 %, v nemocnicích uzavření péče o zemřelého probíhá v 33 % a to opět spíše neoficiálně (Graf 24). Taktéž zájem o provádění tohoto „poohlédnutí“ je u ošetrovatelského personálu pracujícího v nemocnicích z větší části negativní, což by se dalo vysvětlit nevědomostí a nezkušeností s tímto způsobem uzavření péče se zemřelým. Naproti tomu u hospicového personálu zájem o provádění „poohlédnutí“ je větší než zamítavý (Graf 25). 93 % respondentů pracujících v hospicích si myslí, že by provádění „poohlédnutí“ za zemřelým mohlo snížit pracovní zátěž. V nemocnici se to domnívá pouze 39 % ošetrovatelského personálu (Graf 26). Z výše zmíněného vyplývá, že podpora managementu je mezi nemocnicí a hospicem rozdílná. V hospicích probíhá spíše formou vzdělávání personálu a rozebírání či společné řešení problémové (zatěžující) situace. Vyplývá to z filozofie hospicu a péče o pečovatele (Svatošová, 2011). Zájem o provádění „poohlédnutí“ za zemřelým z celkového počtu respondentů ve větší míře není (44 %) (Graf 19) a ani si větší část respondentů (56 %) nemyslí, že by to mohlo mít pozitivní účinek na zmírnění pracovní zátěže ošetrovatelského personálu (Graf 20). Z výzkumu však vyplývá, že u hospicového personálu, kde podpora ze strany zaměstnavatele je častější formou vzdělávání (školení) a řešením konkrétní problémové (zátěžové) situace (supervize, „poohlédnutí“), je ošetrovatelským personálem zátěžová situace pocíťována za tíživou až neúnosnou méně často než u personálu pracujícího v nemocnicích (Graf 38).

Respondenti by upřednostnili jako podporu ve vyrovnávání se stresem ze strany zaměstnavatele nejvíce příspěvek na „zotavenou“ a více volna (ne přesčasy) (v 24 %), dále zvýšení platu (v 21 %) a pravidelné supervize (probrat s kolegy aktuální zátěžovou situaci, jejich podpora, zkušenosti,...) či možnost individuální supervize (pomoc a

podpora odborníka – psychologa, v momentě, kdy budu potřebovat) (v 20 %). Jako zajímavá doporučení byla uvedena např.: organizační změny, více zaměstnanců ve směně, pozitivní motivace, pochvala, uznání (Graf 16). Objevily se i názory, že *„každý si to musí prožít a vyhodnotit sám“* nebo že i *„přes veškerá školení se na zátěžové situace nelze plně připravit na základě individuality jedince“*, žebříčku hodnot, psychiky aj.

Školení by jako podporu chtělo jen 9 % respondentů, avšak jako doporučení pro přípravu absolventek na zátěžové situace jednoznačně „školení“ zvolilo 50 % respondentů (Graf 17). Dle Ebrahimi et al. (2016) nově začínající sestry mají základní akademické a praktické dovednosti potřebné pro vstup do práce. Nicméně, vzhledem k rozsáhlým osnovám vysokých škol, není možné plně integrovat teoretické znalosti s klinickou praxí, vyžadují více zkušeností a potřebují podporu od ostatních kolegů. Emocionální podpora pro nově začínající sestry může hrát důležitou roli při snižování jejich stresu a úzkosti, zvyšování jejich sebevědomí a vytváření konstruktivního vztahu mezi zkušenými pracovníky a nově absolvovanými sestrami. Poskytnout citovou podporu pro nově začínající sestry nevyžaduje specifické znalosti, stačí ukázat dobrou vůli, otevřenost, laskavost a altruismus.

Podle závěrečné zprávy „Výzkumu stresu“ (2015), který proběhl ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Pelhřimov (Příloha 8) v nedávné době, bylo zjištěno, že až 90 % pracovníků této nemocnice pociťuje dlouhodobý stres a vykazuje známky syndromu vyhoření. Nejvýznamnějším stavem je u těchto respondentů v 82 % únava, kterou v 37 % zažívají respondenti denně či nejméně 2-3x týdně. U 30 % dotazovaných trvá chronická únava déle jak 6 měsíců. Psychosomatické potíže pramenící ze stresu a chronické únavy uvádí 24 % respondentů. Mezi další významné rizikové faktory patří napětí, které uvádí 61 %, nedostatek času 64 %, nedostatek peněz 52 %, a na administrativní zátěž poukazuje 80 % dotazovaných. I z našeho výzkumu lze usuzovat, že vzhledem k velkému množství respondentů, kteří upřednostňují ve způsobech vyrovnávání stresu odpočinek a spánek, taktéž podstatnou roli v zátěžových situacích u ošetrovatelského personálu hraje únava. Ve studii Andolhe et al. (2015) došlo k statisticky významné souvislosti mezi „vyhořením“ a době spánku potřebného k obnovení energie. Při získání dostatečného množství spánku, potřebného pro zotavení organismu po vyčerpání z pracovního dne, by se mohlo vyhnout příznakům fyzického vyčerpání, především stresu. Podle této studie byl prokázán deficit spánku 2 hodiny, oproti tomu, co je doporučováno pro organickou obnovu těla. Výsledky studie ukazují,

že účastníci mají dobu spánku nedostatečnou. Spánková deprivace je negativním zdravotním faktorem pro ošetrovatelské profese, ovlivňující kvalitu života, jsou ohroženy kognitivní funkce zaměstnanců a vytvářejí příznivé podmínky pro výskyt chyb. I Potter et al. (2013) tvrdí, že pocit únavy je převládající stav mezi poskytovateli zdravotní péče. Jejich studie zkoumala vývoj odolnosti pocitu únavy u sester, které absolvovaly záměrně několik sezení na téma únava a její zvládnání. Účastníci získali užitečné strategie pro zvládnání stresu v práci i doma. Tento program byl hodnocen pozitivně a tato studie ukazuje výhody získané z tohoto programu.

Role stresu sester má negativní vliv na uspokojení z práce a organizační nasazení. Nemocnice jsou závislé na práci sester a doba pro zaškolení sester je dlouhá a představuje velké úsilí. V situaci nedostatku sester tato podmínka však nemůže být naplňována. Jako praktická a dobrá strategie pro využití pracovních sil by podle Wen-Hsien Ho et al. (2009) mohla nemocnice propagovat výhody střídání pracovních míst zdravotnického personálu v rámci různých jednotek stejného oddělení. Tím si zaměstnanec rozšiřuje pracovní teritorium, dovednosti a zkušenosti, podněcuje svého pracovního ducha a kultivuje mezilidské vztahy. To umožňuje zaměstnancům učit se pracovním dovednostem z různých útvarů, odstraňuje únavu způsobenou stereotypem práce a zvyšuje uspokojení z práce. Tím by se předešlo bludnému kruhu vysokým obratem a plýtvání tak cennými lidskými zdroji organizace.

Investice do lepších pracovních podmínek, a to jak z hlediska zásobování, dostatečných lidských i materiálních zdrojů, tak i samotného uspořádání pracovních procesů, znamená investovat do bezpečnosti pacientů (Andolhe et al., 2015). Protože kontinuální stres v práci může ohrozit kvalitu poskytovaných služeb a péče, ale i zdraví poskytovatelů.

6 Závěr

Povolání sestry patří mezi jedno z nejnáročnějších. Je to povolání, ve kterém je sestra stále pod vlivem mnoha stresorů různého druhu (Venglářová, 2011).

Ve výzkumné části této práce byl proveden kvantitativní výzkum technikou anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Byl rozdán ošetrovatelskému personálu všech kategorií v nemocniční a hospicové péči. Celkem dotazník vyplnilo 269 respondentů. Data byla statisticky zpracována pomocí systémů Microsoft Excel 2010 a Software R ve verzi 3.0.2 (Chí kvadrát test, Fisherův exaktní test a Wilcoxonův test).

Prvním cílem bylo zmapovat způsoby, kterými se ošetrovatelský personál vyrovnává se zátěžovými situacemi v rámci své profese. Cíl jsme ověřili pomocí první, druhé a čtvrté hypotézy. Zjistili jsme: H1: Způsoby vyrovnávání se zátěžovými situacemi jsou závislé na dosažené kvalifikaci ošetrovatelského personálu, nebyla potvrzena. H2: Způsoby vyrovnávání se zátěžovými situacemi jsou ovlivněny délkou praxe personálu, nebyla potvrzena. H4: Ošetrovatelský personál vnímá při zvládnání zátěžových situací jako účinnější vlastní psychohygienu, než podporu ze strany managementu, byla potvrzena.

Druhým cílem bylo zjistit rozdíly ve vyrovnávání se zátěžovými situacemi mezi nemocničním personálem a personálem hospiců. Cíl byl ověřen pomocí třetí hypotézy. Zjistili jsme: H3: Způsoby zvládnání zátěžových situací se liší mezi nemocničním personálem a personálem hospiců, byla potvrzena.

Výsledky výzkumu ukazují, že ošetrovatelský personál pocíťuje zátěžové situace velmi často. Za největší zátěž považují péči o trpícího a agresivního pacienta, dále konflikty s rodinou pacienta, konflikty na pracovišti a pracovní vytížení. Jako způsoby ve vyrovnávání s pracovní zátěží se jim nejvíce osvědčily relaxace, odpočinek a spánek. Rozdíly ve způsobech vyrovnávání se zátěží se mezi jednotlivými členy ošetrovatelského týmu neprokázaly. Nicméně zvládnání pracovní zátěže ošetrovatelských pracovníků v nemocniční a hospicové péči je rozdílné. Jako podporu v zátěžových situacích od zaměstnavatele pocíťuje minimum respondentů. Nicméně určitá podpora ze strany managementu by se dala považovat ve formě školení, supervize či příspěvku na „zotavenou“, které jsou respondentům od zaměstnavatele, dle jejich odpovědí, umožněny. Respondenti by však více jako podporu od managementu uvítali např. zvýšení platu či více volna. Taktéž příprava absolventek na budoucí zátěžové situace

v jejich profesi je považována respondenty za nedostatečnou. Doporučovali by především různá školení na téma stres a jeho zvládání.

Seznam literatury:

1. ADIB-HAJBAGHERY, Mohsen, Marzieh KHAMECHIAN and Negin MASOODI ALAVI. Nurses' perception of occupational stress and its influencing factors: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012 Jul-Aug; 17(5): 352–359. PMID: PMC3703075
2. ANDOLHE, Rafaela, Ricardo Luis BARBOSA and Elaine MACHADO. Stress, coping and burnout among Intensive Care Unit nursing staff: associated factors. *Rev. esc. Enferm. USP* vol.49 no.spe São Paulo dez. 2015 <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700009>
3. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.
4. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení I*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3724-9.
5. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
6. BLATNICKÁ, Jindra a Jana NOVOTNÁ. Syndrom vyhoření trochu jinak. *Sestra*. 2013, č.3 [cit. 2013-03-18]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/syndrom-vyhoreni-trochu-jinak-469520>
7. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
8. CUNGI, Charly a Serge LIMOUSIN. *Relaxace v každodenním životě*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-948-8.
9. CZAJA, Angela S., Marc MOSS and Meredith MEALER. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *J Pediatr Nurs.* 2012 Aug;27(4):357-65. doi: 10.1016/j.pedn.2011.04.024. Epub 2011 Jun 24.
10. ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 3. března 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých

- souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbíрка zákonů České republiky, 2004, částka 30. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
11. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 14.března 2011, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbíрка zákonů České republiky, 2011, částka 20. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-424>
 12. EBRAHIMI Hossein, Hadi HASSANKHANI and Reza NEGARANDEH. Emotional Support for New Graduated Nurses in Clinical Setting: a Qualitative Study. *J Caring Sci.* 2016 Mar; 5(1): 11–21. Published online 2016 Mar 1. doi: [10.15171/jcs.2016.002](https://doi.org/10.15171/jcs.2016.002)
 13. EKEDAHL, Marieanne and Yvonne WENGSTRÖM. Nurses in cancer care—Coping strategies when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 2006, 10, 128–139. doi:10.1016/j.ejon.2005.05.003
 14. ELEXOVÁ, Hana a Tomáš PETR. Organizační formy ošetrovatelské péče. In: Marková, Eva, Martina Venglářová a Mira Babiaková. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, str. 52-58. ISBN 80-247-1151-6.
 15. FREUDENBERGER, Herbert J. Staff burn – out. *Journal of social issues*. 1974, vol.30, num.1, pages 159-165. doi: 10.1111/j. 1540-4560. 1974 tb00706x
 16. GREGOR, Petr. *Základy práce v jazyce R pro zpracování dat o lesních ekosystémech*. Skripta. Mendelova univerzita v Brně, Brno, 2014. 75 stran. ISBN 978-80-7509-168-0.
 17. HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese tělesně zakotvené prožívání*. 3.vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0221-9.
 18. HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
 19. HONZÁK, Radkin. Syndrom vyhoření. In: Janáčková, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-179-6.
 20. JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-179-6.

21. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
22. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
23. KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
24. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
25. KO, Woonhwa and Norma KISER-LARSON. Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2016, 20(2), 158-164 doi: 10.1188/16.CJON.158-164
26. KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1833-0.
27. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
28. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4436-0.
29. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-0784-5.
30. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
31. LAZAREVA, L.A. et al. Features of burnout syndrome in nurses. *Proceedings of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*, vol 16, 2014 UDC 614.253.5: 613.6.06
32. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
33. LUKASOVÁ, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: CESTA, 2006. ISBN 80-85319-79-9.

34. MARKOVÁ, Eva. Duševní zdraví. In: Marková, Eva, Martina Venglářová a Mira Babiaková. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, str. 15. ISBN 80-247-1151-6.
35. MARKOVÁ, Eva a Martina VENGLÁŘOVÁ. Ošetrovatelský proces a interaktivní procesy. In: Marková, Eva, Martina Venglářová a Mira Babiaková. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, str. 85-92. ISBN 80-247-1151-6.
36. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
37. MOORE, Thomas. *Léčebná péče o duši*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-782-4.
38. NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
39. NĚMEC, Jan. Všichni musí být v práci šťastní. In: *Ekonom* [online]. Hospodářské noviny IHNEED.cz [cit.2012-11-01]. ISSN 1213-7693. Dostupné z: <http://ekonom.ihned.cz/c1-58243380-vsichni-musi-byt-stastni>
40. NĚMEC, Ivo a Helena STUHLÍKOVÁ. Agresivní pacient. *Sestra* [online]. 2007, č. 11 [cit. 2007-11-14]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/agresivni-pacient-329822>
41. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
42. PETR, Tomáš. Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním nemocným. In: Marková, Eva, Martina Venglářová a Mira Babiaková. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, str. 106. ISBN 80-247-1151-6.
43. PETR, Tomáš. Syndrom vyhoření. In: Marková, Eva, Martina Venglářová a Mira Babiaková. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, str. 92. ISBN 80-247-1151-6.
44. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

45. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
46. POTTER, Patricia et al. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 2013, 40, 180–187. doi:10.1188/13.ONF.180-187
47. QUATTRIN, R. et al. Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncology Nursing Forum*, 2006, 33, 815–820. doi:10.1188/06.ONF.815-820
48. RODRIGUES, Andrea Bezerra and Eliane Correa CHAVES. Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2008, 16, 24–28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100004>
49. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
50. VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
51. VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Supervize v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.
52. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
53. VÉVODA, Jiří et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
54. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
55. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2240-5.
56. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
57. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.

58. WEN-HSIEN HO et al. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9: 8. Published online 2009 Jan 12. doi: [10.1186/1472-6963-9-8](https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-8)
59. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA „Výzkumu stresu“ ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Pelhřimov. Olomouc: 2015. Dostupné z: http://www.nempe.cz/dok/stres_2015.pdf (Příloha 3)
60. ZYGA, Sofia, Stavroula MITROUSI and Victoria ALIKARI. Assessing factors that affect coping strategies among nursing personnel. *Mater Sociomed.* 2016 Apr; 28(2): 146–150. Published online 2016 Mar 25. doi: [10.5455/msm.2016.28.146-150](https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.146-150).

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně, vážený kolego,
Jmenuji se Lucie Marešová, studuji na ZSF JČU v Českých Budějovicích, obor Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, interní modul. Téma mé diplomové práce je „Zátěžové situace a ošetřovatelský personál“. Touto cestou bych vás chtěla požádat o pomoc při zpracování výzkumné části. Vyplněním dotazníku mi pomůžete získat informace k dokončení mé diplomové práce. Dotazník je zcela anonymní, obsahuje 20 otázek a vyplnění vám zabere přibližně 10 minut.

Předem děkuji za váš čas a ochotu.

1. Pohlaví

- žena
- muž

2. Věk

- 20 let a méně
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 50 a více

3. Pracovní zařazení

- sanitář/ka
- ošetřovatel/ka
- zdravotnický asistent/ka
- sestra

4. Délka praxe v oboru

- 5 let a méně
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- 21-25 let
- 26-30 let
- 30 let a více

5. Nejvyšší dosažené vzdělání

- vyučen
- středoškolské s maturitou

- VOŠ
- VŠ – bakalářské
- VŠ – magisterské

6. Zařízení, kde pracujete

- nemocnice – standardní oddělení
- nemocnice – intenzivní péče
- nemocnice – následná péče
- kamenný hospic
- domácí hospicová péče

7. Co považujete ve své praxi jako zátěžovou situaci? (můžete označit více možností)

- umírající pacient
- nevléčitelně nemocný pacient
- trpící pacient
- smrt pacienta
- agresivní pacient
- zmatený pacient
- nespolupracující pacient
- konfliktní situace s rodinou pacienta
- konfliktní situace na pracovišti (s kolegy, nadřízenými, podřízenými,...)
- pracovní vytížení (časový přes, přesčasy, náročnost, vysoké požadavky, neobvyklé situace,...)
- osobní problémy (zdravotní obtíže, rodinné problémy, finanč. problémy, aj.)
- jiné:.....

8. Jak často pocítujete pracovní zátěž tíživou až neúnosnou?

- pokaždé, když jsem v práci
- často (několikrát do měsíce)
- občas (několikrát do roka)
- méně často (jen párkrát za svou praxi)
- vůbec

9. Jaká zátěžová situace je pro vás nejnáročnější? (uved'te jen jednu možnost)

- umírající pacient
- nevléčitelně nemocný pacient
- trpící pacient
- smrt pacienta
- agresivní pacient
- zmatený pacient
- nespolupracující pacient
- konfliktní situace s rodinou pacienta
- konfliktní situace na pracovišti (s kolegy, nadřízenými, podřízenými,...)
- pracovní vytížení (časový přes, přesčasy, náročnost, vysoké požadavky, neobvyklé situace,...)
- osobní problémy (zdrav. obtíže, rodinné problémy, finanční problémy, ...)
- jiné:.....

10. Jak se se zátěžovými situacemi vyrovnáváte? (můžete označit více možností)

- nijak, neřeším to... (přejděte na otázku č.12)
- odpočinek, spánek
- relaxace (př. káva, kouření, teplá lázeň, dobré jídlo, masáž, dechová cvičení, aj.)
- fyzická námaha (cvičení, jóga, úklid, nákupy, aj.)
- zábava (hudba, divadlo, kino, kulturní zážitek, posezení s přáteli,....)
- podpora rodiny
- podpora přátel
- podpora kolegů
- podpora managementu
- odborná pomoc (psycholog, supervize)
- jiné:

11. Je pro vás takovéto vyrovnávání se se zátěž. situacemi pro vás dostačující?

- nedostačující
- spíše nedostačující
- spíše dostačující
- dostačující

12. Jaká byla vaše příprava na potencionální (očekávané) zátěžové situace během vašeho studia?

- žádná
- dostatečná
- nedostatečná
- výborná

13. Probíhají ve vašem zařízení školení na téma pracovní zatížení, stres, syndrom vyhoření apod.?

- ano, již jsem se takového školení účastnila
- ano, ale ještě jsem se neúčastnila
- nevím, nic takového mi nabídnuto nebylo
- ne, žádná školení na tato témata v našem zařízení neprobíhají

14. Probíhají ve vašem zařízení supervize?

- ano, pravidelně
- ano, dle individuálních potřeb
- ne, neprobíhají
- neznám tento pojem

15. Máte možnost ve vašem zařízení příspěvku od zaměstnavatele na „zotavenou“ (masáže, cvičení, wellnes, pobytové zájezdy, aj.)?

- ano, využívám ho
- ano, ale nevyžívám ho
- nevím o tom
- ne, nemáme

16. Co byste upřednostnila jako podporu ve vyrovnávání se se stresem ze strany zaměstnavatele?

- pravidelná školení na dané téma (být více informován o možnostech vyrovnávání se se stresem)
- pravidelná supervize (probrat s kolegy aktuální zátěžovou situaci, jejich podpora, zkušenosti,...)
- možnost individuální supervize (pomoc a podpora odborníka – psychologa, v momentě, kdy budu potřebovat)
- příspěvek na „zotavenou“
- zvýšení platu
- více volna (ne přesčasy)
- jiné:

17. Co byste doporučili pro přípravu absolventek na zátěžové situace?

- nic, nelze se připravit
- odborná školení na dané téma
- supervize v rámci praxe
- jiné:

18. Provádíte na vašem pracovišti „pohlédnutí“ za zemřelým? (rozloučení se zemřelým, uzavření péče o zemřelého)

- ano
- ne
- nevím

19. Pokud ne, měli byste zájem „pohlédnutí“ za zemřelým provádět?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

20. Myslíte si, že by „pohlédnutí“ za zemřelým v rámci supervize mohl snížit zátěž ošetřujícímu personálu?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

Děkuji, L.M.

Příloha 2

Zařízení, kde probíhal sběr dat:

Nemocnice Pelhřimov:

- ARO
- interna + JIP
- ODN
- neurologie

Nemocnice Havlíčkův Brod:

- interna + JIP
- neurologie
- ODN

Nemocnice Jihlava:

- paliativní stanice

Nemocnice České Budějovice:

- odd. následné péče
- onkologie + JIP

Oblastní charita Pelhřimov – Domácí hospicová péče

Oblastní charita Jihlava – Domácí hospicová péče

Domácí hospic Vysočina

Domácí hospic Cheb

Hospic Chrudim

Hospic sv.Zdislavy Liberec

Hospic Dobrého pastýře Čerčany



tel.: 565 355 105
fax: 565 324 645
e-mail: jdejmk@hospital-pe.cz
web: www.hospital-pe.cz

NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov
Mgr. Jitka Dejmková
Náměstek OP
Manažer kvality

Bc. Lucie Marešová
Panskodomská 1803
39601 Humpolec

V Pelhřimově dne 29. 2. 2106

Věc: Odpověď na „Žádost o provedení výzkumného šetření“ ze dne 29. 2. 2016

Vážená kolegyně.

S provedením kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření, který bude sloužit k Vaší diplomové práci, **souhlasím**.

Ráda se seznámím s výsledky Vašeho šetření.
Přeji úspěšné ukončení studia.


Mgr. Jitka Dejmková

Příloha 4

Bc. Lucie Marešová
Panskodomská 1803, 396 01 Humpolec
e-mail: lucpam@seznam.cz
tel: 777 883 596

Paní Mgr. Monika Kyselová, MBA
Náměstek ošetrovatelské péče
Nemocnice České Budějovice

Věc: **Žádost o provedení výzkumného šetření**

Vážená paní náměstkyně,
jsem studentkou ZSF JČU v ČB, obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, interní modul. V rámci své diplomové práce se zabývám výzkumným šetřením se zaměřením na zátěžové situace v ošetrovatelské profesi. Ráda bych se dozvěděla, jaké zátěžové situace jsou pro ošetrovatelský personál nejčastější a nejnáročnější, dále jak je ošetrovatelský personál schopný se se zátěžovými situacemi vyrovnávat, zda-li mají podporu managementu a jak by si podporu představovali. Chtěla bych porovnat zátěž v situacích, kdy pečují o umírajícího a po smrti pacienta mezi nemocniční péčí (standardní, intenzivní a následnou) a hospicovou péčí (domácí hospicová péče a hospic).

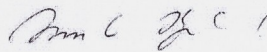
Žádám Vás laskavě touto formou o souhlas k provedení výzkumu ve Vaší nemocnici – na oddělení následné péče a onkologii, formou výzkumných dotazníků. Výsledky výzkumu a získané informace budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

Děkuji

Lucie Marešová

18. III. 2016

SOUHLASÍM



Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 5

Bc. Lucie Marešová
Panskodomská 1803, 396 01 Humpolec
e-mail: lucpam@seznam.cz
tel: 777 883 596

Paní Mgr. Jarmila Cmuntová
Náměstek ošetrovatelské péče
Nemocnice Jihlava, p.o.

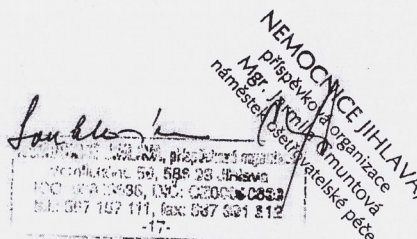
Věc: **Žádost o provedení výzkumného šetření**

Vážená paní náměstkyně,
jsem studentkou ZSF JČU v ČB, obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, interní modul. V rámci své diplomové práce se zabývám výzkumným šetřením se zaměřením na zátěžové situace v ošetrovatelské profesi. Ráda bych se dozvěděla, jaké zátěžové situace jsou pro ošetrovatelský personál nejčastější a nejnáročnější, dále jak je ošetrovatelský personál schopný se se zátěžovými situacemi vyrovnávat, zda-li mají podporu managementu a jak by si podporu představovali. Chtěla bych porovnat zátěž v situacích, kdy pečují o umírajícího a po smrti pacienta mezi nemocniční péčí (standardní, intenzivní a následnou) a hospicovou péčí (domácí hospicová péče a hospic).

Žádám Vás laskavě touto formou o souhlas k provedení výzkumu ve Vaší nemocnici na Stanici paliativní péče, formou výzkumných dotazníků. Výsledky výzkumu a získané informace budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

Děkuji

Lucie Marešová



Příloha 6

Bc. Lucie Marešová
Panskodomská 1803, 396 01 Humpolec
e-mail: lucpam@seznam.cz
tel: 777 883 596

Paní PhDr. Lada Nováková
Náměstek ošetrovatelské péče
Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.

Věc: **Žádost o provedení výzkumného šetření**

Vážená paní náměstkyně,

jsem studentkou ZSF JČU v ČB, obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, interní modul. V rámci své diplomové práce se zabývám výzkumným šetřením se zaměřením na zátěžové situace v ošetrovatelské profesi. Ráda bych se dozvěděla, jaké zátěžové situace jsou pro ošetrovatelský personál nejčastější a nejnáročnější, dále jak je ošetrovatelský personál schopný se se zátěžovými situacemi vyrovnávat, zda-li mají podporu managementu a jak by si podporu představovali. Chtěla bych porovnat zátěž v situacích, kdy pečují o umírajícího a po smrti pacienta mezi nemocniční péčí (standardní, intenzivní a následnou) a hospicovou péčí (domácí hospicová péče a hospic).

Žádám Vás laskavě touto formou o souhlas k provedení výzkumu ve Vaší nemocnici na interním odd., neurologickém odd. a odd. následné péče, formou výzkumných dotazníků. Výsledky výzkumu a získané informace budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

Děkuji

Lucie Marešová

Vážená paní bakalářko,

na základě předložené žádosti Vám sděluji, že s realizací dotazníkového šetření v Nemocnici Havlíčkův Brod, p. o. souhlasím.

S pozdravem

V Havlíčkově Brodě, dne 2. 3. 2016

PhDr. Lada Nováková
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.
Nemocnice Havlíčkův Brod
1 příspěvková organizace
a Husova 2624
39022 Havlíčkův Brod

Příloha 7

Bc. Lucie Marešová
Panskodomská 1803, 396 01 Humpolec
e-mail: lucpam@seznam.cz
tel: 777 883 596

Paní Bc. Petra Jeníčková
vrchní sestra
Hospic Chrudim z.ú.

Věc: **Žádost o provedení výzkumného šetření**

Vážená paní ředitelko,
jsem studentkou ZSF JČU v ČB, obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, interní modul. V rámci své diplomové práce se zabývám výzkumným šetřením se zaměřením na zátěžové situace v ošetrovatelské profesi. Ráda bych se dozvěděla, jaké zátěžové situace jsou pro ošetrovatelský personál nejčastější a nejnáročnější, dále jak je ošetrovatelský personál schopný se se zátěžovými situacemi vyrovnávat, zda-li mají podporu managementu a jak by si podporu představovali. Chtěla bych porovnat zátěž v situacích, kdy pečují o umírajícího a po smrti pacienta mezi nemocniční péčí (standardní, intenzivní a následnou) a hospicovou péčí (domácí hospicová péče a hospic).

Žádám Vás laskavě touto formou o souhlas k provedení výzkumu ve Vašem zařízení, formou výzkumných dotazníků. Výsledky výzkumu a získané informace budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

Děkuji

Lucie Marešová

SOUHLASÍM.



Bc. Petra Jeníčková
vrchní sestra

Příloha 8

Bc. Lucie Marešová
22.10.1979
Panskodomská 1803
396 01 Humpolec

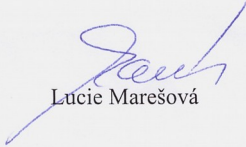
MUDr. Jaroslav Houser, zástupce ředitele
Nemocnice Pelhřimov, p.o.
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov

Žádost o použití interního zdroje:

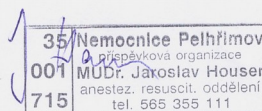
Jmenuji se Lucie Marešová, pracuji na zdejší neurologickém oddělení jako všeobecná sestra a studuji na ZSF JU v ČB, obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech.

Žádám Vás tímto o možnost použití interního zdroje: Závěrečná zpráva „výzkumu stresu“ ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Pelhřimov z roku 2015, který by sloužil jako jeden ze zdrojů ke zpracování mé diplomové práce s tématem: „Zátěžové situace a ošetrovatelský personál“. Výsledky výzkumu by vhodně doplňovaly danou zpracovávanou problematiku mé diplomové práce.

S pozdravem


Lucie Marešová

Souhlas
3. 7. 2016



V Pelhřimově, dne 1.7.2016