

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Andrea Hrkalová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Andrea Hrkalová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ VŠEOBECNÉ SESTRY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2015

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea HRKALOVÁ**
Osobní číslo: **Z12B0114P**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Psychická zátěž všeobecné sestry**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavku FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle FZS.
- Dodržet citační formu.
- Minimálně tři konzultace s vedoucím bakalářské práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

- D. RUSH, Myron. Syndrom vyhoření. Praha : Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-802-4731-490.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-802-4731-742.
- ELDER Ruth, EVANS Katie and NIEZETTE Debra. Psychiatric and mental health nursing. 3. vyd. Chatswood, N.S.W: Elsevier Australia, 2012. ISBN 978-072-9540-988.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. Syndrom pomocníka. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lenka Kroupová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **25. června 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2015**


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan




Mgr. Jana Holoubková, DiS.
vedoucí katedry

V Plzni dne 30. ledna 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 13. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem dotazovaným všeobecným sestřám za pečlivé vyplnění dotazníků.

Anotace

Příjmení a jméno: Andrea Hrkalová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychická zátěž všeobecné sestry

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran číslovaných: 65

Počet stran nečíslovaných: 47

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 56

Klíčová slova: psychická zátěž, stres, syndrom vyhoření

Souhrn:

Bakalářská práce se věnuje problematice psychické zátěže všeobecných sester. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V úvodu teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na povolání všeobecné sestry. Další kapitoly se věnují problematice psychické zátěže, stresu a syndromu vyhoření v souvislosti s povoláním. Praktická část bakalářské práce je zpracována na základě výsledků kvantitativního výzkumu. Výzkumné šetření v bakalářské práci porovnává a hodnotí psychickou zátěž pomocí Meisterova dotazníku.

Annotation

Surname and name: Andrea Hrkalová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Mental strain of nurs.

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – 65

Number of pages – 47

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 56

Keywords: mental strain, stress, burnout.

Summary:

Bachelor thesis is focused on mental strain of nurses. The thesis includes theoretical and practical part. In the introduction to the theoretical part I summarize the profession of nurses. Next chapters deal with problems of mental strain, stress and burnout syndrom, which is focused on the profession. The practical part is processed on the basis of results of a quantitative research. The research of bachelor thesis compares and evaluates the mental strain using Meisterová questionnaire.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJÍ POVOLÁNÍ	9
1.1 Osobnost všeobecné sestry	10
1.2 Osobnostní předpoklady k výkonu povolání	10
1.3 Role sestry.....	11
1.4 Profesionální chování a image všeobecné sestry	12
2 ZÁTĚŽ.....	13
2.1 Definice psychické zátěže:.....	13
2.2 Psychická zátěž vs. psychický stres	14
2.3 Druhy zátěže	15
2.3.1 Fyzická zátěž	15
2.3.2 Biologická zátěž	16
2.3.3 Psychická zátěž.....	16
2.4 Kategorie psychické zátěže.....	18
2.5 Klasifikace psychické zátěže	18
2.6 Psychické procesy participující na psychické zátěži	19
2.7 Důsledek psychického zatížení sestry.....	20
2.8 Zátěžové faktory	21
2.9 Zátěžové situace.....	22
2.9.1 Frustrace	23
2.9.2 Deprivace.....	23
2.9.3 Konflikt.....	24
2.9.4 Trauma.....	24
2.9.5 Krize	25
2.9.6 Stres	25
3 STRES	26
3.1 Definice stresu	26
3.2 Dělení stresu:	27
3.2.1 Eustres vs. distres	27
3.2.2 Akutní vs. chronický stres	28
3.3 Stresové reakce	28
3.4 Stresory	29
3.5 Projevy stresu.....	30
3.6 Vliv stresu	31

3.7	Odolnost vůči stresu.....	32
3.8	Působení stresu	32
4	ZVLÁDÁNÍ – ADAPTACE VS. COPING	33
4.1	Adaptace	33
4.2	Coping.....	34
5	SYNDROM VYHOŘENÍ	36
5.1	Příznaky a projevy syndromu vyhoření	37
5.2	Vývoj syndromu vyhoření	38
5.3	Diagnostika syndromu vyhoření.....	39
5.4	Rizikové a neutrální faktory.....	39
5.5	Syndrom vyhoření a zátěžové situace.....	39
5.6	Prevence syndromu vyhoření.....	39
	PRAKTICKÁ ČÁST	41
6	FORMULACE PROBLÉMU	42
7	CÍL VÝZKUMU	43
8	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	45
9	METODA SBĚRU DAT	46
10	VYHODNOCENÍ.....	47
11	ORGANIZACE VÝZKUMU	48
12	ANALÝZA ÚDAJŮ	49
12.1	Prezentace a interpretace získaných údajů – část A.....	49
12.2	Prezentace a interpretace získaných údajů – část B	58
12.3	Prezentace a interpretace získaných údajů – část C	65
13	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	67
	DISKUZE.....	71
	ZÁVĚR.....	73
	SEZNAM ZKRATEK	79
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM OBRÁZKŮ	81
	SEZNAM PŘÍLOH	82

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se budu zabývat psychickou zátěží všeobecných sester. Problematika psychické zátěže patří mezi aktuální témata. Nejčastěji je popisována v souvislosti s učitelskými a zdravotnickými profesemi.

Moje motivace k výběru tohoto tématu byla vlastní zkušenost z praxe. Zajímalo mě, jaké mají povědomí všeobecné sestry o psychické zátěži, jak na ně působí a které vlivy v ošetrovatelské praxi budou hodnotit jako nejvíce zatěžující. Na všeobecnou sestru jsou kladeny čím dál větší nároky a požadavky. Pacient od sestry očekává nejen empatickou, milou a důvěryhodnou osobu, ale i vzdělanou profesionálku, která efektivně odvádí svou práci, ve svém rozhodování se řídí rozumem a zákonem. Sestra profesionálka musí pracovat rychle, kvalitně a efektivně. Ovládání moderních postupů a technologií jí nesmí být cizí. Pokrok výzkumu a vědy, zvyšující se požadavky na vzdělání a zrychlující se životní tempo. To vše klade na dnešní sestru velkou psychickou zátěž a to ještě nesmíme zapomenout na objekt práce sestry – pacienta, který je vystresovaný, netrpělivý, roztěkaný a pokud se věci nedějí podle jeho představ, dochází ke konfliktním situacím. Pokud vezmeme v úvahu všechny faktory, které ovlivňují všeobecnou sestru, zjistíme, že povolání všeobecné sestry je oprávněně řazeno mezi psychicky náročná povolání dnešní doby.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Cílem teoretické části je popsat problematiku psychické zátěže, stresu a syndromu vyhoření a jejich vliv na všeobecné sestry.

V praktické části bakalářské práci se zabývám dotazníkovým šetřením pomocí, kterého budu zjišťovat stupeň psychického zatížení všeobecných sester a zátěžové faktory vyskytující se v jejich profesi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJÍ POVOLÁNÍ

Povolání všeobecné sestry (dále jen sestra) je jedním z mála povolání, jež provází jedince od narození až do jeho smrti. Sestra spolupracuje s lékařem a zdravotnickým týmem na diagnostice a navrácení zdraví pacienta.

Všeobecná sestra je fyzická osoba poskytující ošetrovatelskou péči na základě získané odborné způsobilosti, dle zákona 96/2004. Ve spolupráci se zdravotnickým týmem se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. (1, s. 5,6)

Ošetrovatelskou péči definuje předpis č. 55/2011 Sb. § 2 jako: *„soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti“*

Ošetrovatelskou péči můžeme dělit na základní, specializovanou a vysoce specializovanou.

Základní ošetrovatelská péče je poskytována pacientům se schopností zvládat běžné aktivity denního života. Neprojevují se u nich žádné známky psychických patologických změn a jejich životní funkce jsou ohroženy jen minimálně.

Specializovaná ošetrovatelská péče je poskytována pacientům s výrazně omezenou schopností zvládat aktivity denního života, jeví známky psychických patologických změn nebo jsou ohroženy jejich životní funkce. Do specializované ošetrovatelské péče je řazena i ošetrovatelská péče o pacienty se závažnými poruchami imunity a terminálně nemocné.

Vysoce specializovaná péče je poskytována pacientům se selháním nebo vysokým rizikem selhání životních funkcí. (2, s. 3-5)

Sestra v souladu s diagnózou lékaře poskytuje a zajišťuje ošetrovatelskou a specializovanou péči, jejímž cílem je prevence, podpora a navrácení zdraví a saturace

bio-psycho-sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců a skupin prostřednictvím ošetrovatelského procesu. (3)

Doprovází a podporuje osoby v krizových situacích, zejména nemocné v terminálním stádiu. Zmírňuje jejich utrpení a poskytuje psychologickou podporu jak nemocnému, tak i jeho rodině.

Pozoruje, zaznamenává a vyhodnocuje úroveň soběstačnosti, průběh onemocnění, rizikové faktory a fyziologické funkce.

Zajišťuje, odebírá a vyhodnocuje biologický materiál získaný neinvazivní cestou.

Předává informace a edukuje nemocného a rodinu v ošetrovatelských procesech.

Spolupracuje na navrácení zdraví pacienta v multidisciplinárním a multiprofesionálním týmu.

Sestra zná a respektuje lidská práva, právo na život, možnost volby, právo na důstojnost a úctu. Její povinností je poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči bez ohledu na věk, barvu pleti, pohlaví, sexuální orientaci, vyznání, rasu, sociální postavení, národnost, politické přesvědčení, postižení nebo nemoc.

Sestra se podílí na vytváření a realizaci norem pro zdravotnickou praxi, udržování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek.

Povolání všeobecné sestry spadá mezi tzv. regulovaná povolání, což znamená, že může být vykonáváno pouze pracovníky, kteří podléhají závazným kritériím v zákonných a podzákonných normách.

1.1 Osobnost všeobecné sestry

Osobnost člověka je utvářena na biologickém základě, je ovlivňována našimi zážitky, prožitky, zkušenostmi a regulována naším rozhodováním, chováním či postojem. Osobnost sestry utváří její vztah k povolání, lidem, ke kultivovanosti projevu a odborným znalostem.

1.2 Osobnostní předpoklady k výkonu povolání

Národní soustava povolání uveřejňuje souhrn požadavků na osobnost sestry tzv. kompetence neboli souhrn činností působící a sjednocující personální procesy

v nezbytných oblastech pro zabezpečení lidských zdrojů. Kompetence dále dělíme dle jejich náplně na behaviorální, obecné a specifické. Behaviorální neboli měkké kompetence obsahují základní vlastnosti jedinců (např. temperament, charakter, schopnosti...), jež přinášejí do svého povolání. Kompetence založené na povolání - obecné kompetence jsou dovednosti určené k výkonu specifické role. Specifické kompetence povolání jsou odborné znalosti a dovednosti, které má každý pracovník v souvislosti s výkonem svého povolání. (5, s. 77).

Jako behaviorální kompetence sestry je uváděna komunikace či oční kontakt. Sestra vytváří vhodné prostředí pro komunikaci, účelně formuluje myšlenky v ústní i písemné podobě. Komunikace sestry a pacienta by měla být vždy efektivní a účelná. Mezi důležité dovednosti a vlastnosti sestry patří aktivní naslouchání, profesionální a empatické chování, zaměřené na potřeby pacientů. Aktivně spolupracuje, podílí se na činnostech a předávání informací v týmu. Samostatně a efektivně provádí ošetrovatelské činnosti, za něž nese plnou zodpovědnost. Podílí se na získávání nových informací, zkušeností a schopností.

Mezi obecné kompetence sestry patří základní manipulace s počítačem a jeho programy. Orientace v ekonomických, právních a legislativních pojmech a zařazuje se i dobrá znalost českého jazyka.

Odbornou dovedností sestry je poskytování a zajišťování základní či specializované ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. (3)

1.3 Role sestry

Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí.

Dle Vágnerové (2004) lze roli definovat jako: „*soubor normativně vymezeného, v této pozici očekávaného, dovoleného i vyžadovaného chování*“ (48, s. 320)

Funkční specifita (odbornost) určuje odborné kompetence sestry, dané jejím vzděláním. Druhým znakem je sociocentrismus tj. přenesení orientace na pacienta a postavení jeho zájmů a potřeb nad své. Třetí znak univerzalismus (všestrannost) znamená poskytnutí ošetrovatelské péče bez ohledu na rasu, věk či vzdělání. Posledním znakem je emocionální neutralita. Sestra musí umět svoji emocionalitu vždy podřídit rozumové kontrole. Vzhledem k náplni a povinnostem své práce zaujímá sestra různé sociální role.

Profesionální role sestry charakterizuje Staňková (2002) takto: sestra pečovatelka poskytuje ošetrovatelskou péči na základě holistického chápání jedince, jeho bio-psycho-sociálních potřeb. Sestra edukátorka nemocného a jeho rodiny napomáhá k upevnování zdraví, prevenci a rozvoji soběstačnosti pacienta. Vzdělává, informuje pacienta a jeho rodinu. Sestra obhájkyně nemocného dbá na dodržování a respektování práv pacienta. Pokud pacient není schopen se o sebe postarat, dohlíží na jeho problémy, potřeby a přání pomocí ošetrovatelského procesu. Sestra koordinátorka působí v řízení organizací na různých úrovních zdravotnického zařízení. Plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči, napomáhá ke zlepšení komunikace mezi pacientem, rodinou a ošetrovatelským týmem. Sestra výzkumnice se podílí na výzkumné činnosti, využívá nové poznatky a spolupracuje na vývoji nových standardů ošetrovatelské péče. Pro roli výzkumnice je důležité kvalitní vzdělání a potenciál pro výzkumnou činnost. Sestra asistentka spolupracuje s lékařem na diagnosticko-terapeutické péči, připravuje pacienta na vyšetření a asistuje při něm.

Novodobější pojetí sesterských rolí uvádí Farkašová (2005), která je rozvádí následovně: sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče, poskytuje ošetrovatelskou péči nemocnému. Sestra manažerka řídí ošetrovatelský proces a zastává různé funkce ve zdravotnických zařízeních. Sestra edukátorka vede nemocného k uvědomělému a zodpovědnému chování, jehož cílem je navrácení a podpora zdraví. Sestra advokátka reprezentuje práva pacienta a tlumočí jeho názory. Sestra nositelka změn respektuje kontinuální změny v ošetrovatelské péči a zamezuje tak stagnaci ošetrovatelství. Sestra výzkumnice reprezentuje ošetrovatelství jako vědeckou profesi a podílí se na udržování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Sestra mentorka provádí klinický dohled nad studenty. (4, s. 27), (45, s. 208), (49, s. 58)

1.4 Profesionální chování a image všeobecné sestry

Profesionální chování sestry definuje Česká asociace sester (ČAS) v Kodexu profesionálního chování registrovaných pracovníků. Jde o takové chování člověka, jež ve své profesi respektuje dané zákony, vyhlášky a normy. Profesionální chování klade důraz na povinnosti, morální profil, chování a vzdělání. Výsledek tohoto úsilí se promítá v žebříčku prestiže povolání, který uskutečnilo Centrum pro výzkum veřejného mínění a Sociologický ústav AV ČR. Sestra obsadila v červnu 2013 na 3. místě. S profesionálním chováním souvisí i profesní image sestry. Psychologie definuje image jako „*psychický otisk reality subjektivně přepracovaný do formy dojmu, obrazu, skutečnosti.*“ Image sestry je tvořena jejím vzhledem, chováním a jednáním. (6, s. 322)

2 ZÁTĚŽ

Sestra pracuje s člověkem, pečuje o jeho fyzickou i psychickou stránku a je mu oporou v náročných životních situacích. Dennodenně řeší situace spojené s nemocí, utrpením a bolestí. Na rozdíl od lékaře je sestra v neustálém kontaktu s pacientem, tím se zvyšují požadavky a nároky na její chování a vzdělání. Pacient v současné době vyžaduje vysoký standard poskytované péče. Na sestru jsou kladeny nároky nejen v oblasti zajišťování kvality ošetrovatelské péče, ale i vstřícného, empatického přístupu k pacientovi. Profese sestry je jednou z mála profesí, kde je uplatňován systém dvojího podřízení. Sestry jsou řízeny lékařem a sesterským managementem zároveň. Neustálé balancování mezi požadavky a nařízeními, zvládnutí fyzické zátěže (dlouhé stání, manipulace s pacientem), psychické zátěže (vysoká míra zodpovědnosti, soustředěnost a emoční vypětí). To je jen krátký nástin zátěžových faktorů.

Během našeho života si postupně osvojujeme určité algoritmy chování pro zvládnutí běžných činností, se kterými se denně setkáváme.

V ošetrovatelské praxi se někdy sestra dostane do situací, kdy nemá připravené vhodné vzorce chování k jejich zvládnutí. Pociťuje bezradnost, podrážděnost a nelibost. V tomto okamžiku na psychiku sestry působí tzv. psychická zátěž. Pokud tato zátěž přesahuje nebo dochází k neúplnému využití tzv. běžné adaptační kapacity, označujeme ji jako neoptimální zátěž neboli stres. Jako optimální je označována zátěž, kterou je jedinec schopen zvládnout pomocí standardních naučených algoritmů pro zvládnutí překážek.

(29, s. 44 a 57)

2.1 Definice psychické zátěže:

V literatuře se vyskytuje celá řada definic pojmu psychická zátěž. Zde uvádím jen ty nejaktuálnější.

BOZP definuje pojem psychická zátěž jako: *zátěž, kladoucí nároky na psychické procesy zejména pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování, které vyplývají z požadavku na zpracování informací.*(7)

Vévoda (2013) definuje psychickou zátěž jako „*proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí*“ (46, s. 88)

Drgáčová (2006) popisuje psychickou zátěž jako „proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí, přičemž prostředím se rozumí vše, co člověka obklopuje včetně společenských vazeb, událostí a požadavků na zpracování informací, kladoucích nároky na psychické procesy, zejména na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování“ (8)

Předpis č. 361/2007 Sb. vymezuje psychickou zátěž jako: práce spojená s monotonií, ve vnuceném pracovním tempu, v třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu, vykonávaná pouze v noční době. (11, s. 13)

2.2 Psychická zátěž vs. psychický stres

„Psychická zátěž je tvořena komplexní činností člověka, na níž se účastní veškeré psychické procesy, tj. sensorické vnímání, paměť, představy, fantazie, hodnocení, myšlení, rozhodování, řešení problémů, motivace a emoce. Projevem psychické zátěže je nelibost, iritace, nespokojenost.“

„Psychický stres je kategorií subjektivní, která je vytvářena prožíváním a hodnocením skutečnosti a spoluvytvářena představami, očekáváním a fantazií. Jako psychický stres je označováno prožívání člověka, které vzniká interakcí tří prvků: vnímané nároky, vnímaná schopnost je zvládnout a vnímaná důležitost tohoto zvládnutí. Projevem psychického stresu jsou obavy, strach, rozčilení, vztek, nervozita, úzkost, deprese, zmatenost, vyhoření (burnout). Důsledkem psychického stresu mohou být chybné výkony a psychosomatická, somatická nebo psychická onemocnění.“ (32, s. 22, 23)

Mezi psychickou zátěží a psychickým stresem můžeme uvést tyto základní rozdíly. Zátěž je definována jako obecná kategorie, zatímco stres chápeme jako specifickou zátěž, při níž dochází k překročení hranice běžné adaptační kapacity. Dalším rozdílem mezi zátěží a stresem je proces jejich vzniku. Na vzniku zátěže se podílí psychické procesy, zatímco stres vzniká v důsledku interakcí tří prvků (vnímané nároky, vnímaná schopnost a vnímaná důležitost zvládnutí).

Na základě projevů a důsledků lze popsat další rozdíly. Projevem psychické zátěže je nelibost, iritace (tzn. podrážděnost) a nespokojenost. Projevem stresu jsou obavy, strach, rozčilení, vztek, nervozita, úzkost, deprese a zmatenost. Při překročení běžné adaptační kapacity zátěže dochází ke stresu. V důsledku psychického stresu dochází k rozvoji

syndromu vyhoření a psychosomatických, somatických či psychických onemocnění. (32, s. 22, 23)

2.3 Druhy zátěže

Zátěž můžeme dělit dle délky jejího trvání na krátkodobou a dlouhodobou. Dále ji můžeme dělit podle emoční odezvy na příjemnou a nepříjemnou. Na základě intenzity je dělena na minimální, lehkou, střední a těžkou. Nečinnost, relativní klid a málo intenzivní podněty utváří minimální zátěž. Lehká zátěž, kterou vyvolávají běžné činnosti je stupňována zátěží střední, do které spadají obtížnější aktivity. Jako těžká zátěž jsou označovány situace extrémní, havarijní a situace ohrožující náš život. (18, s. 43)

Zátěž můžeme rozdělit na tři základní složky, které se vzájemně ovlivňují a prolínají. Mezi základní složky zátěže řadíme zátěž fyzickou, psychickou a biologickou. Všechny druhy zátěže se vyskytují při poskytování ošetrovatelské péče. Pro úplnost uvádím všechny typy zátěže působící na sestry. Podrobněji se zaměřím pouze na zátěž psychickou.

2.3.1 Fyzická zátěž

Fyzická zátěž se projevuje zejména na odděleních, kde je hospitalizováno větší množství imobilních pacientů. Bývají to například oddělení geriatric, léčebny dlouhodobě nemocných nebo neurologická oddělení apod. Celková fyzická zátěž je definována jako: „zátěž při dynamické fyzické práci vykonávané velkými svalovými skupinami, při které je zatěžováno více než 50% svalové hmoty.“ (11, s. 12)

Výsledky mezinárodní studie The European Nurses' Early Exit Study (The European NEXT-Study) z roku 2009 poukazují na skutečnost, že jsou sestry vystaveny vysoké tělesné zátěži. Příkladem fyzické zátěže při práci sestry je v literatuře nejčastěji uváděna manipulace s pacientem, zdravotnickým vybavením a prádlem, což koreluje s výsledky studie NEXT, kdy sestry v Belgii, Německu a Polsku uvádí jako nejvíce zatěžující právě zvedání a ohýbání se. (12)

Mezi další zatěžující činnosti při práci sestry řadíme chůzi. Z výzkumu „Hodnocení tělesných charakteristik a fyzické zátěže všeobecných sester“ z roku 2012 vyplývá, že sestra nachodí v průměru nejvyšší počet kroků v denní směně a to 9 598 kroků. V ranní směně ujde 7 057 kroků a při směně noční 6 402 kroků. Nejméně, tedy 5 465 kroků, ujde na směně odpolední. (10, s. 14)

Dalším zjištěním výzkumu bylo, že největší část své pracovní doby 60 – 80 % stráví sestra vestoje, 16 – 24 % tráví v nepřírozené pracovní poloze a přibližně 10 % svého času pracuje v předklonu například při převazech pacienta. Polohování pacienta zabere sestře okolo 11 % pracovní doby. (10, s. 24)

2.3.2 Biologická zátěž

Na biologické zátěži se nejčastěji podílejí tři činitelé mající biologickou, chemickou či fyzikální povahu. Sestra je denně v kontaktu s biologickým materiálem, alergenů a chemickými dráždivými látkami jako jsou dezinfekce nebo antibiotika. Jako biologického činitele, jehož působení je sestra vystavena, můžeme uvést například infekce. (13, s. 18), (43, s. 8)

2.3.3 Psychická zátěž

Psychická zátěž ve zdravotnickém prostředí patří mezi faktory, které jsou sledovány a hodnoceny. Dle předpisu č. 361/2007 Sb. se při hodnocení psychické zátěže sleduje zdroj, okolnosti a vlivy vedoucí k jejímu vzniku. Mezi sledované oblasti psychické zátěže patří práce pod tlakem, vynucené pracovní tempo, jednotvárná pracovní činnost a pracovní podmínky. Velmi zatěžující pro práci sestry jsou komunikační a kooperační požadavky, vztahy na pracovištích a vlivy, jež narušují soustředěnost.

Sestra je zatížena nemalou zodpovědností za výsledky své práce. Jako příklady zodpovědnosti v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče bychom mohli uvést zodpovědnost za správné a pravdivé zaznamenání provedených či neprovedených ošetrovatelských výkonů a souhlas pacienta s těmito výkony. Sestra zodpovídá za poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Sleduje a vyhodnocuje zdravotní stav nemocného, podílí se na prevenci, diagnostice a léčení pacienta. (14), (11, s. 13)

Psychickou zátěž dělíme na senzorní, mentální a emoční.

Senzorní zátěž má původ v aktivitě senzomotorických orgánů a jejich odpovídajících struktur. Sestra musí udržovat během své služby neustálou pozornost a pečlivě hodnotit nastalé změny. Velké nároky jsou kladeny na zrakový a sluchový vjem sestry, neboť sebemenší změna u pacienta může pomoci předejít zhoršení stavu pacienta. Pomocí zraku sestra sleduje a hodnotí celkový stav pacienta, jeho držení těla, chůzi, chování, barvu kůže atd. Při poslechu můžeme hodnotit kvalitu dýchání pacienta, četnost

dechů nebo dušnost. Neméně důležité je také naslouchat informacím od pacientů a jejich příbuzných. (43, s. 8)

Mentální zátěž vzniká v souvislosti s nároky na vyhodnocení a zpracování informací, jež zvyšují požadavky na psychické procesy člověka. Práce ve zdravotnictví obnáší velké požadavky na paměťové schopnosti, možná právě proto je nejvíce popisována právě zátěž mentální. Od sestry jsou očekávány výborné paměťové dovednosti a schopnosti. Rychlé, samostatné rozhodování a okamžité řešení vzniklých situací. (43, s. 8)

Důsledkem situací a požadavků vedoucích k afektivní odpovědi je **emoční zátěž**. Nejčastěji se vyskytuje na odděleních, kde jsou ošetřováni závažně nemocní pacienti. Nežřídko se stává, že sestra doprovází terminálně nemocného člověka v posledních chvílích jeho života. Vážné onemocnění či smrt pacienta jsou provázeny pocity jako bezmocnost a beznaděj. (15, s. 30), (16, s. 125), (43, s. 8)

Z odborné publikace *Sestry vzpomínají* od autorek M. Rozsypalové, H. Svobodové a M. Zvoníčkové (2006) uvádím příklady emočního rozpoložení sester v ošetrovatelské praxi.

„Ošetřovala jsem na oddělení mladého veselého člověka. Měl nádor mozku. Jeho chování se rychle měnilo a nakonec, přes všechnu snahu lékařů, zemřel. Všechno mi v tu chvíli připadalo zbytečné a nicotné. Venku svítilo sluníčko a já jsem si přála, aby pršelo.“

„Nikdy nezapomenu na to, když jsem poprvé viděla zemřít člověka. Byla to stará, 72letá paní, která měla velké bolesti, takže smrt byla pro ni vysvobození. Přesto se mi ta událost vracela ještě několik týdnů.“

„Když zemřel na oddělení malý David, myslela jsem, že se z toho nevzpamatuji. Asi týden jsem nemohla spát, nic mne netěšilo. Nejhorší bylo, že jsem ho předtím viděla běhat, smát se, dovádět. A najednou nebyl.“

„Na oddělení ležela dívka stejně stará jako já. Měla nemocné ledviny. Pamatuji se, že mi zemřela v náručí. Bylo to kruté. Ale nebyla jediná. Měli jsme na oddělení paní, která měla pět dětí. Při dalším těhotenství si dala pokoutně udělat potrat. A taky umřela. Bylo to všechno někdy hodně těžký.“ (38, s. 38)

Všechny typy zátěže se vysoce prolínají a probíhají zcela individuálně. Mikšík (2007) upozorňuje na fakt, že zátěž vzniklá za stejných okolností u stejného jedince

není nikdy shodná. Toto tvrzení zakládá na nestálosti rozpoložení vnitřního stavu jedince. (50, s. 172)

2.4 Kategorie psychické zátěže

Běžná psychická zátěž je zátěž, kterou je jedinec schopen zvládnout za pomoci svých standartních naučených algoritmů pro zvládání překážek. Mezi tyto standartní algoritmy řadíme: jasné postoje, schopnosti, znalosti, motivace, dovednosti a návyky.

Optimální psychická zátěž je zátěž, již je jedinec schopen zvládnout za pomoci přezkoumání svých standartních algoritmů. Optimální zátěž je popisována jako hnací síla psychického rozvoje osobnosti jedince, na jejímž konci dochází k osvojení nových zkušeností, schopností, motivačních vlastností a schémat interakce.

Pesimální psychická zátěž je přesný opak zátěže optimální. Charakterizujeme ji jako nízké či vysoké nároky na psychiku. U nízkých nároků nedochází k podněcování psychického rozvoje jedince. Jedinec není navyklý správně a efektivně užívat algoritmy a dostává se do situací, jež jsou pro něj neřešitelné. Naopak při vysokých nárocích, dochází k situaci, kdy se s nimi jedinec nedokáže vyrovnat, což má za následek dezintegraci osobnosti.

Hraniční psychická zátěž je zátěž, jež dosáhla kulminačního bodu pro řešitelnost psychické přijatelnosti neboli hranice psychické zátěže. S touto zátěží se jedinec dokáže vyrovnat jen s vynaložením značného úsilí. Nastává dezintegrace jedince, na jejímž podkladě se rozvíjí reakce k zachování integrity osobnosti – dochází k rozvoji únikových, obranných a kompenzačních mechanismů.

Extrémní psychická zátěž je zátěž, při níž jsou veškeré kompenzační mechanismy neúčinné. Jedinec není schopen tuto situaci zvládnout, dochází k rozvoji psychického selhání různého stupně. (50, s. 173-176)

2.5 Klasifikace psychické zátěže

W. Meister v roce 1975 sestavil dotazník, který slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. V rámci tohoto dotazníku klasifikoval zátěž pomocí tří úrovní. První úroveň popisuje jako zátěž, při níž se nepředpokládá ovlivnění zdraví ani subjektivního stavu a výkonnosti jedince. Druhá úroveň představuje zátěž, při níž pravidelně dochází k dočasnému ovlivňování subjektivního stavu nebo výkonnosti a třetí

úroveň popisuje Meister jako zátěž, při níž nelze vyloučit rizika poškození zdraví. (43, s. 41,42)

2.6 Psychické procesy participující na psychické zátěži

Senzorické vnímání je základní poznávací proces, jenž nám umožňuje vnímání reality prostřednictvím smyslových orgánů (25, s. 615)

Paměť je psychický proces odrazu minulého prožívání a chování ve vědomí člověka, jehož účelem je zapamatování, uchování a znovu si vybavení informací. Na sestru jsou kladeny četné pamětní nároky. Z hlediska dlouhodobého si sestra musí pamatovat například pomůcky a postupy při vyšetření pacienta. Paměť využíváme pro ukládání zkušeností. Střednědobá paměť je schopna informaci udržet po dobu okolo 20 minut a sestra ji využívá například při plnění požadavků či přáních pacienta. Krátkodobá paměť trvá přibližně 30 – 90 sekund a jsou v ní zahrnuty operace z vnitřního a vnějšího prostředí. Na jejím základě funguje pracovní paměť, která řeší aktuální úlohy nebo situace. Jako příklad krátkodobé paměti můžeme uvést dávkování a přípravu léků. Po vyřešení úlohy jsou použité informace zapomenuty. Ultrakrátká paměť ukládá vše, co vidíme, slyšíme a pociťujeme. Informace zůstává v mozku 0,1 - 20 sekund. Uvedený psychický proces je při práci sestry velmi zatížen. (22, s. 89 - 90), (39, s. 209)

Představy jsou názorné obrazy předmětů a jevů, které v příslušném okamžiku nevnímáme. Dělíme je na pamětní a fantazijní.

Fantazie je výsledek naší obrazotvornosti. Jsou to představy obrazů a jevů, které jsme předtím neviděli v reálné podobě. Ve zdravotnictví je fantazie používána všude tam, kde selhaly osvědčené metody a postupy. (22, s. 58 - 62)

Hodnocení je proces komplexního posouzení hodnoceného na základě rozdílu. Kognitivní hodnocení je uvědomělé zpracování situace. Folkmanová a Lazarus dělí hodnocení na primární a sekundární. Primární zhodnocení je posouzení situace z hlediska závažnosti a nebezpečnosti a sekundární zhodnocení se zabývá myšlenkou, co v situaci dělat. Sestra při své práci musí neustále sledovat a vyhodnocovat nejen pacienta, ale i stav a změny ve svém okolí. Ošetřovatelské hodnocení je chápáno jako kontinuální a systematický proces a je součástí ošetřovatelského procesu. (18, s. 48)

Myšlení je způsob poznávání předmětů a jevů na podkladě pochopení jejich vztahů a souvislostí. Podstatou myšlení jsou tzv. myšlenkové operace, jejichž výsledkem jsou

pojmy, soudy a úsudky. V ošetrovateľskej praxi využíva sestra tzv. kritické myslenie, čož je schopnosť kriticky posúdiť a vyhodnotiť dané informácie. Ošetrovateľské činnosti nie sú možné vykonávať mechanicky a bez premýšľania. (22, s. 76), (42, s. 119)

Rozhodovanie je proces, pri ktorom sa z niekoľkých možných variantov riešenia situácie vyberá najvhodnejšia varianta pre danú situáciu či kombinácia najvhodnejších variantov. Rozhodovanie je teda spôsob riešenia rôznych problémov a tvorí neoddeliteľnú súčasť každodennej práce sestier. Během směny se setkávají s množstvom situácií, kedy pomocou rozhodovacieho procesu volí najvhodnejšiu variantu riešenia problému. Tieto rozhodnutia sa následne promítajú na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti a na spokojnosť pacienta. V zákone 105/2011Sb a vyhláske 55/2011Sb je stanovené, o vykonaní jakých činností môže sestra rozhodovať.

(42, s. 111-117)

Riešenie problému patrí medzi kognitívne schopnosti a dovednosti. Riešenie problému prebieha na základe myšlienkových procesov s využitím vnímania, pamäte, vedomostí, dovedností a schopností. Je to dôležitá súčasť inteligencie človeka. Pri svojej práci sa sestra neustále stretáva s situáciami, ktoré vyžadujú určitý spôsob riešenia. Problémy nemocného rieši pomocou ošetrovateľského procesu, t.j. systematického, individualizovaného prístupu pre riešenie problémov. (17, s. 51), (22, s. 145)

Motivácia je chápaná ako vnútorná hnacia sila, ktorá nás žene kupredu. Motivujú nás naše želania, túžby či úsilie. Pracovnú motiváciu chápeme vyjadrením postoja človeka k práci a jeho ochotu pracovať. Ako najčastejšie motivácie pre prácu sestier je uvádzaná motivácia pomocou druhým. (46, s. 15), (22, s. 110)

Emócie je komplexný jav založený na subjektívne pociťovanom zážitku ľubosti, napätia a vzrušenia. Súvisí s subjektívnym prežívaním vzťahu jedinca k pôsobiacemu podnetu. Medzi dôležité funkcie emócií patrí funkcia signálna, t.j. funkcia, ktorá nastiňuje význam danej situácie, na jej základe dojde k spusteniu biologicky účelnej reakcie. Pokiaľ dojde k prekročeniu racionálneho spracovania záťažovej situácie, signálne funkcie zesilujú. Dôsledkom toho môžu pôsobiť ako ďalšie zaťaženie jedinca. (18, s. 45), (22, s. 97)

2.7 Dôsledok psychického zaťaženia sestry

Dôsledkom psychického zaťaženia sa u sestry prejavuje nelibosť, iritácia či nespokojnosť. Nelibosť nastáva ako dôsledok vnímania rozporu medzi vnímanou skutočnosťou a očakávaním. Iritácia je negatívna reakcia na danú situáciu. Je to umiernennejšia

reakce projevující se spíše verbálně než fyzicky. Nespokojenost nastává při vnímání diskrepance mezi individuálními hodnotami a aktuálními životními podmínkami. (41, s. 62), (40, s. 17, 20)

2.8 Zátěžové faktory

Sestra se ve své profesi často setkává se zátěžemi a musí se s nimi umět vyrovnat. Nadměrná zátěž je příčinou chyb, špatných rozhodnutí či pracovních úrazů. Mezi nejčastější zátěžové faktory se řadí:

Časová tíseň, situace, kdy je sestra nucena se rozhodovat o zásadních věcech pod časovým tlakem. Rozhodnutí musí být provedené rychle, přesně a v souladu s právními předpisy a jejím přesvědčením. Souvislost časové tísně a kardiovaskulárních chorob byla prokázána při epidemiologických studiích. (51, s. 449), (43, s. 14)

Odpovědnost neboli ručení osoby za jednání, věc či činnost. Předáním služby sestra přebírá profesionální odpovědnost za péči o zdraví u svěřených pacientů, kterým poskytuje ošetrovatelskou péči dle svého odborného vzdělání. Odpovídá za všechny provedené výkony, činnosti a věci, jí svěřené. (51, s. 237)

Nároky na pozornost. Pozornost je psychický stav, jehož funkcí je zaměřovat a soustřeďovat vědomí na činnosti či na určitý objekt nebo děj. Při práci sestry je pozornost využívána například k pozorování stavu pacienta nebo hodnot na přístrojích. (22, s. 93), (51, s. 302)

Přecházení z jednoho úkonu na druhý. Sestra musí zvládat přenášet pozornost mezi různými činnostmi, tak aby je dovedla včas do konce nebo je předala kolegyni.

Rychlá reakce je rychlá odezva na popud, podnět či změnu. (51, s. 349)

Pracovní tempo je způsob práce, při němž si sestra nemůže volit své osobní tempo, je podřízena chodu oddělení a dalším činnostem spojených s ošetrovatelskou činností a stavem pacienta. (51, s. 446)

Pracovní tempo je způsob práce, při němž si sestra nemůže volit své tempo, je podřízena chodu oddělení a dalším činnostem spojených s ošetrovatelskou činností a stavem pacienta. (51, s. 446)

Práce ve směnném provozu je pro sestru velmi náročná. Časté střídání směn narušuje cirkadiální rytmus, psychiku a sociální vazby člověka. Sestry na odděleních se střídají nejčastěji v osmihodinových a dvanáctihodinových směnách. Nejčastěji se setkáváme s rotací směn vpřed, tedy přechod ze služeb ranních na odpolední a noční. (43, s. 16)

Únava je snížená schopnost vykonávat činnost, vnímaná jako pocit vyčerpání, ztráta koncentrace, zhoršení paměti a ospalost. (51, s. 270)

Sestra se často může potýkat s nerovnoměrným rozložením činností, kdy je spojováno nahromadění úkolů a povinností v krátkém časovém úseku. Toto období střídá období klidu, kdy je na sestru kladeno méně nároků.

Přecházení z jednoho úkonu na druhý. Sestra musí zvládat přenášet pozornost mezi různými činnostmi tak, aby je dovedla včas do konce nebo je předala kolegyni.

Působení bolesti. Bolest je nepříjemný smyslový a citový prožitek, jehož významem je chránit a informovat organismus o poškození či hrozícím poškozením. Mezi základní dovednosti, každé sestry je práce s bolestí pacienta. Úkolem sestry je, co nejvíce mírnit bolest. Některé výkony prováděné sestrou jsou více či méně bolestivé. Působení bolesti je nejvíce patné při práci s dětmi, které mají nezralé fyziologické mechanismy pro její potlačení, vyrovnávají se s ní hůře než dospělí. Nemálo sester proto provází strach provádět některé úkony dětem. (51, s. 34)

Mezi další zatěžující faktory působící na sestru řadíme provádění činností vzbuzující nelibost veřejnosti. Příkladem může být práce se stolicí, zvratky nebo ošetřování povleklých ran. Zátěží jsou pro sestru i administrativní činnosti, nedostatek personálu, materiálu, či nevyhovující prostory a vybavení. Nesmíme zapomenout ani na nutnost celoživotního vzdělávání a nízké platové ohodnocení. (47, s. 10 – 13)

2.9 Zátěžové situace

Jsou situace, kdy dochází k nadměrnému zatížení či ohrožení ve spojitosti s úbytkem uspokojení. Tyto situace ohrožují celkovou tělesnou a duševní pohodu jedince. (30, s. 48)

2.9.1 Frustrace

Je stav, kdy nám určitá překážka brání v uspokojení potřeby. Frustrovaný člověk má pocit, že tuto překážku nemůže překonat, a tak mění své chování a zaměřuje se na možnosti řešení nedostatku. Pokud dlouhodobě nedochází k uspokojení potřeby, mohou vzniknout různé reakce, které ovlivňují chování a osobnost jedince. Jinými slovy je frustrace neočekávaná ztráta naděje na uspokojení.

Dlouhodobé neuspokojení potřeb a neřešení tohoto stavu vede ke zhoršení zdravotní stránky, může vyústit až k sebepoškozujícím a sebevražedným sklonům.

Překážky, které nám brání v uspokojení potřeby, můžeme rozdělit na vnitřní a vnější.

Vnitřní překážky máme v sobě. Jsou to vlastnosti naší osobnosti jako například lenost či stydlivost. Vnější překážky můžeme rozdělit na fyzikální a sociální. Jako fyzikální překážku můžeme považovat například ujíždějící vlak, nesjízdnou silnici či zlomenou nohu. Sociální překážka souvisí s chováním a jednáním lidí např. zákazy rodičů nebo fronty na úřadech.

K. Horneyová (2007) říká, že frustrace je rozpor mezi potřebou a jejím reálným uspokojením, teoretickou svobodou a možností svobodně jednat, mezi egoismem a altruismem člověka.

Při poskytování ošetrovatelské péče nemocnému se u sestry může dostavit pocit frustrace, pokud se přes veškeré úsilí neprojevuje zlepšení jeho stavu, nebo když pacient odmítá léčbu. Pociť frustrace u sestry může vyvolat i fakt, že i přes kvalitní, profesionální a obětavou péči o nemocného se od pacienta dočká jen nevděku. (22, s. 173), (30, s. 48,49)

2.9.2 Deprivace

Deprivace je stav, který je způsoben dlouhodobým nebo nedostatečným neuspokojením potřeby v důsledku nedostatku příležitostí k uspokojení. Můžeme rozlišit různé typy deprivace dle pocitu strádání.

Biologickou deprivaci můžeme pociťovat například při nedostatku tepla, potravy, vody aj. Při sensorické a smyslové deprivaci pociťujeme nedostatek sensorických a smyslových podnětů. U sensorické deprivace se snižují produkce neurotransmiterů a hrozí poškození mozku. Sociální deprivaci způsobuje ztráta či omezení sociálních kontaktů a citová deprivace vzniká v důsledku chybění lásky a jistoty. Deprivace kulturní

vzniká při nedostatečném intelektovém nebo jazykovém vzdělání. Jako příklad můžeme uvést týrané děti, které rodiče uzamkli, zanedbávali jejich výchovu a omezili jejich styk s okolním prostředím. (30, s. 53,4), (33, s. 11), (22, s. 180)

2.9.3 Konflikt

Je střetnutí dvou a více do určité míry vylučujících se či protichůdných sil, motivů, potřeb či zájmů. Můžeme je rozdělit na konflikty intrapersonální a interpersonální. Intrapersonální konflikty jsou konflikty vnitřní. Představují vnitřní rozpory motivů jedince. Příkladem vnitřního rozporu sestry může být mezi jejím vnitřním přesvědčením a tím, co musí udělat. Interpersonální konflikty jsou vnější konflikty například mezi dvěma i více jedinci.

Grohar – Murrayová a DiCroceová (2003) uvádí nejčastější konflikty při práci sestry. Profesionální versus byrokratické konflikty jsou konflikty vznikající na základě rozporu mezi nároky systému a vnímáním profesních zásad a povinností. Konflikty sestra versus sestra označují konflikty mezi sestrami na pracovišti. Jejich příčinou může být například rozdílné vnímání ošetřování či neplnění pracovních činností. Mezi další časté konflikty patří konflikt mezi lékařem a sestrou, jejichž příčinou může být chybná komunikace, rozdíly mezi lékařským a sesterským pojetím poskytování péče, pracovní přetížení či nadřazené chování lékařů.

Další konflikty pramení, z nedostatku osobních kompetencí vznikají a vznikají, pokud jsou schopnosti sestry v rozporu s jejím očekáváním. Konflikty konkurenčních rolí se vyskytují, pokud člověk plní více než jednu roli. Například sestra plní nejen roli sestry, ale i dcery, sestry, matky atd. Expresivní versus instrumentální konflikty jsou rozpory mezi technickými nároky a lidskými potřebami. Konflikt mezi sestrou a pacientem může mít původ v rozlišnosti cílů a očekávání obou stran. Konflikt má negativní vliv, pokud je závažný, dlouhotrvající či zahrnuje pro člověka důležitou oblast. Neřešený konflikt může vyústit až v patologické vztahy mezi osobami – mobbing a bossing. (22, s. 186, 187), (42, s. 98, 99)

2.9.4 Trauma

Je náhle vzniklá situace, jež má pro člověka negativní význam a vede k poškození či ztrátě. Trauma je provázeno pocitem ztráty jistoty a bezpečí. Jedinec ovlivněný především svými citovými prožitky, je úzkostný, obává se budoucnosti a prožívá smutek. Dochází k narušení objektivitě jedince a vyskytuje se neadekvátní chování. Chování

traumatizovaného jedince je zaměřeno na únik či útok a agresi. S odstupem času se může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Při poskytování ošetrovatelské péče se může sestra setkat s traumaty u pacientů v důsledku úmrtí blízké osoby, násilných trestných činů či viditelného defektu. Nesmíme zapomínat na riziko rozvoje tzv. indukovaného traumatu, které hrozí zdravotnickým pracovníkům při poskytování péče osobám po těžké traumatické události. (30, s. 52), (33, s. 11), (52, s. 48)

2.9.5 Krize

Je narušení psychické rovnováhy vzniklé v důsledku náhlého vyhocení situace či dlouhodobé kumulace, nárůstu problémů. Dochází k selhání adaptačních mechanismů a člověk je nucen hledat nové. Psychickou krizi provází negativní citové prožitky. Je narušen pocit bezpečí, jistoty a objevuje se zoufalství, úzkost a beznaděj. Mění se uvažování a jednání člověka. Jednání může být tlumené, impulsivní, zkratkové či výbušné. Kumulací různých zátěží se zvyšuje náchylnost člověka ke krizi. Sestra při komunikaci s pacientem, prožívajícím krizi, používá tzv. krizové intervence (tj. způsob chování a jednání navozující pocit zvládnutí a úlevy, vedoucí k vyřešení krize). (30, s. 53), (33, s. 11), (52, s. 13)

2.9.6 Stres

Vzhledem k aktuálnosti tématu v současné době se budu problematice stresu blíže věnovat v následující kapitole.

3 STRES

Současný životní styl klade vysoké nároky na naši výkonnost. Podléháme stresu, aniž bychom si to uvědomovali. Nejsme schopni plnit a stíhat své cíle a očekávání. Okolí čeká rychlou a bezchybnou práci, jsme neustále nuceni řešit změny, nové situace a vyrovnávat se s nimi. Dnešní doba si to žádá. Ocitáme se pod tlakem problémů. Postupem času se může vyskytnout situace, kdy nejsme schopní řešit problémy a vyrovnat se s požadavky doby. Naše schopnost adaptace je překročena, jsme nuceni čelit stresu a stresovým situacím.

3.1 Definice stresu

Existuje mnoho autorů, kteří se pokoušeli vysvětlit a vyložit pojem stres. Většina definic se shoduje, že vlivem stresu dochází k narušení vnitřní rovnováhy člověka. Můžeme definovat tři hlavní teoretické koncepce pro definici stresu. Tyto koncepce jsou založeny na podkladě reakcí organismu na stres: stres jako vnější či vnitřní reakce, dále pak jejich interakce mezi organismem a prostředím. (18, s. 44), (19 s. 15)

Hans Selye, kanadský endokrinolog maďarského původu, je považován za autora první systematické teorie stresu a v mnohých publikacích je uváděn jako autor první definice. Selye se zabýval stresem jako nespecifickou reakcí na škodlivý stimul. Při experimentech vyzoroval vzorec opakujících se reakcí, jež pojmenoval General Adaptation syndrom (obecný adaptační syndrom), zkráceně GAS. Ten je podrobněji rozebrán v jeho publikaci s názvem: *Poznámky o adaptačním syndromu*. (9, s. 49), (21, s. 48) Definice stresu dle Selya: „*Stres je nespecifická fyziologická reakce organismu na jakýkoliv nárok na organismus kladený.*“

„*Stres je výsledek interakce mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.*“ (22, s. 163)

Hladký a Matoušek (2007) definují stres „*jako zvláštní formu zátěže, kvalitativně i kvantitativně vystupňovanou, při které dojde k nepoměru mezi požadavky na člověka a mezi vlastnostmi i kapacitou organismu mobilizovat rezervní zdroje energie.*“ (9, s. 50)

Lazarus je americký psycholog, který definuje stres jako „*nárok na jednotlivce, který přesahuje jeho schopnost se s nárokem vypořádat a bez problémů mu čelit.*“ Lazarus

je autorem formulace transakční definice stresu, jež je založena na transakci a interakci mezi osobou a prostředím. Zabývá se třemi fázemi vyrovnání se se stresem:

V první fázi se na základě primárního zhodnocení posuzuje situace z hlediska závažnosti a nebezpečnosti. Druhá fáze neboli sekundární zhodnocení se zabývá se myšlenkou, co v zátěžové situaci dělat. V rámci poslední fáze nastává přehodnocení situace. (19, s. 16)

Křivohlavý Janise definuje stres z fyziologického hlediska: „*Stresem označujeme takovou změnu v organismu, která v určitém stavu ohrožení může vyvolat vysoký stupeň napětí, rozvrátit zaběhaná schémata každodenního způsobu jednání, která oslabuje mentální výkonnost a vyvolává subjektivně nepříjemné stavy afektivního vyčerpání.*“ (23, s. 10)

Stres se vyskytuje, pokud se lidé setkají s událostmi, které jsou vnímány jako ohrožující jejich tělesnou či duševní pohodu. Pokud na člověka působí stresory, je stres definován jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn. (24, s. 487)

Zvládání stresových situací se bezprostředně týká každého z nás. Provází nás od narození až do smrti. Stres je nenahraditelnou součástí našeho života. Pokud je zachována rovnováha mezi životními nároky a schopnostmi člověka je překonat, podněcuje stres harmonický rozvoj osobnosti. Dopomáhá k vytváření nových způsobů přizpůsobivého chování a prožívání člověka. Dlouhodobý, neřešený stres vede k vyhocení rozporu mezi životními nároky a psychickými předpoklady je zvládat. Je důvodem vážných psychických poruch a problémů.

3.2 Dělení stresu:

3.2.1 Eustres vs. distres

Eustres je tzv. radostný stres, který působí příznivě, posiluje nás, dodává nám energii a motivuje nás k podávání vyšších fyzických nebo psychických výkonů. Plyne z pozitivních zážitků jako je například svatba, narození dítěte, oslavy atd.

Naopak distres je negativní stres, který vzniká v důsledku negativních zážitků. Je velmi nepříjemný a způsobuje přetížení člověka. Může způsobit depresivní stavy, negativní emoce, strach a úzkost. (21, s. 49)

3.2.2 Akutní vs. chronický stres

Akutní stres je přechodná zátěž organismu, která postupem minut či hodin odezní. Typickým obrazem akutního stresu jsou záchvaty stresu, které se střídají s klidovým obdobím.

Chronický stres je dlouhodobá zátěž organismu, která se mnohdy projevuje plíživě. Jeden stresový záchvat navazuje na druhý. Chronický stres může trvat i několik let. Na rozdíl od akutního stresu je pro naše tělo velmi nebezpečnou zátěží. Při chronickém stresu se snižuje tvorba neurotransmiterů a funkce GABA_A receptorů, což může zapříčinit vznik deprese a úzkosti. (27, s. 61), (26, s. 261)

3.3 Stresové reakce

Náš život neustále ovlivňují stresory. Tělo reaguje na stresory a spouští řetězec vrozených reakcí na vnímané ohrožení. Pokud se s tímto ohrožením vyrovnáme, pohotovostní reakce ustanou a obnoví se normální fyziologický stav člověka. Pokračování stresové situace je doprovázeno řadou vnitřních reakcí, tělo se připravuje na boj nebo útěk. (24, s. 498) Působení stresorů může vyvolat biologickou či psychickou odezvu. Hans Selye je jedním z nejznámějších psychologů, který se zabýval biologickou odezvou organismu na stres.

Další osobností zabývající stresovými reakcemi je americký psychiatr R. H. Rahe, který dělí stresové reakce do šesti po sobě jdoucích fází. Jako první fázi označuje Rahe uvědomění si stresu, jeho prožívání a interpretaci. Na tom, jak člověk zátěž vnímá, se podílí jeho zkušenost, aktuální stav, schopnosti a sociální podpora. Po prvotním uvědomění, následuje aktivace psychických obranných mechanismů a fyziologických reakcí. Tyto tři fáze následují velmi rychle po sobě. Čtvrtá fáze reakce na stres je zvládání neboli coping, kdy jsou vyhledávány strategie vedoucí ke zmírnění účinků. V páté fázi si člověk uvědomuje první chorobné příznaky, návazně na ně probíhá diagnostikování stresem podmíněných chorob.

Psychické reakce na stres jsou změny emočního prožívání, které mají v závislosti na osobnosti a vnější situaci různou kvalitu. Jsou velmi individuální a jejich hlavním cílem je zachování psychické rovnováhy jedince. Mezi psychické reakce řadíme úzkost, vztek, agresi, depresi a apatii. Je důležité si uvědomit, že při zátěžové situaci jsou oslabeny kognitivní funkce. Příkladem může být zhoršení logického uvažování. Vlivem změny

emočního ladění dochází k zhoršenému zpracovávání informací. Tyto reakce mohou velmi negativně ovlivňovat práci sestry. (30, s. 15,16)

Biologické stresové reakce dělíme na tři fáze:

První fází je poplachová reakce. Začíná orientačním reflexem na podkladě ohrožujících neznámých, frustračních či bolestivých podnětů. Na aktivaci orientačního reflexu odpovídá inhibiční centrum v mozku – vyvolá zvýšenou pozornost, utlumí „nedůležité“ aktivity a zvýší napětí. Pokud je podnět skutečně ohrožující, dochází okamžitě k aktivaci sympatického autonomního nervového systému, kdy se vyplavují katecholaminy, jež mají za následek zvýšení krevního tlaku, nastává glykogenolýza a lipolýza, která zajišťuje metabolické substráty pro svalovou práci. Zároveň se jako druhá vlna spouští systém CRH-ACTH-kortizol a zvyšuje se sekrece kortizolu. Probíhá příprava na boj delšího trvání. Tyto dva systémy jsou pod kontrolou hypotalamu.

Druhá fáze se nazývá adaptační (rezistenční fáze) Člověk se postupně přizpůsobuje stresovým podmínkám. Probíhá další aktivace CRH (kortikotropin releasing hormon) – ACTH (adrenokortikotropní hormon) - kortizol. Kortizol zajišťuje substrát (palivo) pro energetické reakce. V této fázi odolává organismus stresu na nejvyšší možné úrovni. Proběhne-li adaptace na novou situaci, snaží se organismus zastavit stresovou reakci hormonální cestou. Nedojde-li k obnovení homeostázy, je tělo nadále udržováno v pohotovostním režimu a vypětí. Tato fáze je řízena parasympatikem.

Jako třetí je popisována fáze vyčerpání. Pokud nedojde k vyřešení stresové situace a zmírnění stresu, dochází k vyčerpání organismu, což může vést k jeho kolapsu. Organismus podléhá stresu a rozvíjí se hypertenze, šok a srdeční selhání. Tyto patologické změny mohou končit smrtí jedince. V této fázi se obvykle projevuje zlost, zoufalství, agrese či naopak apatie. (25, s. 504), (22, s. 181), (18, s. 46) Viz Obrázek 1

3.4 Stresory

Stresory jsou negativní životní faktory, podněty, činitelé, jež narušují homeostázu a negativně působí na člověka. Jsou to charakteristické znaky stresových situací. Stresor navozuje pocit ohrožení, strachu, pocit ztráty sebekontroly. *Viz Obrázek 2*

Nejsnáze lze stresory dělit na reálné a potenciální. Reálné stresory jsou ty, jež nás aktuálně ohrožují a ruší. Naopak potenciální stresory jsou stresory, které vznikají při kumulaci či zvýšení své doby trvání. Z potenciálních stresorů se velmi rychle mohou stát

reálné. K tomuto přechodu napomáhá subjektivní hodnocení dané situace, individuální osobnostní charakteristika či způsob, jak se jedinec vyrovná se zátěží.

Mezi další důležité faktory patří nepříznivé životní události, zkušenosti, status a sociální opora. (18, s. 42)

Stresory můžeme dále dělit podle délky trvání, místa působení a podle velikosti. Dle délky trvání dělíme stresory na krátkodobé a dlouhodobé. Příkladem krátkodobého stresoru je akutní bolest a jako příklad dlouhodobého stresoru můžeme uvést například zvýšená odpovědnost.

Druhou možností je dělení stresorů dle místa působení na vnitřní a vnější. Vnitřní stresory působí uvnitř jedince, dělíme je na tělesné a psychické. Mezi psychické stresory zařazujeme veškeré negativní emoce, zvýšenou zodpovědnost, přílišné nároky či neschopnost zvolnit tempo a relaxovat. Tělesné stresory pocházejí z neuspokojení základních lidských potřeb, nemoci nebo únavy. Vnější stresory na nás působí z vnějšího prostředí, dělíme je na fyzikální a sociální. Mezi fyzikální stresory patří například chlad, hluk nebo nedostatek osvětlení. Sociální stresory zahrnují závažné životní události například smrt blízké osoby. (22, s. 183)

Podle velikosti jsou děleny na ministresory a makrostresory. Příkladem ministresorů může být nedostatek lásky nebo devalvace. Nenacházíme k nim protiváhu. Nebezpečí ministresorů spočívá v jejich dlouhodobém působení a přechodu v depresi. Makrostresory jsou stresory, které překračují mez, jež člověk není schopen zvládnout a vyrovnat se s ní. (21, s. 51)

Na vzniku stresu se mohou podílet i některé z dalších faktorů jako je například osobnost, životní styl člověka, výživa, nuda, žal, životní změna, strach a úzkost.

Salutory – jsou opakem stresorů. Jsou to pozitivní životní faktory, které nám pomáhají zvládat těžké životní situace a posilují nás. Ideální stav nastává, pokud jsou stresory a salutory v rovnováze. (21, s. 52)

3.5 Projevy stresu

Účinky stresu se projevují ve třech oblastech a to ve fyziologické, behaviorální (chování) a emocionální oblasti.

Fyziologické reakce nastávají v důsledku aktivace sympatického autonomního nervového systému, tedy přípravy těla na boj či útěk. Mezi tyto reakce řadíme bušení srdce, bolest za sternem, bolest hlavy, zažívací obtíže, nechutenství, pocení nebo časté močení.

Nejčastějším ukazatelem stresu pro okolí člověka je změna chování, názorů a činností. Člověk pod vlivem stresu často nevědomě mění své chování a postoje. Mezi behaviorální reakce řadíme nerozhodnost, kritičnost, zhoršenou kvalitu práce nebo negativní pohled na sebe či okolí.

Emoční projevy se mohou pohybovat v rozmezí veselé nálady až po vztek a zlobu. Jedna z nejčastějších emočních reakcí na stres je úzkost - strach a obava z neznámého. Mezi emocionální projevy stresu řadíme změny nálad, pocity únavy, podrážděnost, úzkost či snížení sociálních kontaktů. *Viz Obrázek 3*

The American Institute of Stress na svých stránkách zveřejnil 50 nejčastějších příznaků a symptomů pro stres. Dlouhodobé působení stresu má neblahé účinky na tělo. (28) *Viz příloha 1*

3.6 Vliv stresu

Stres provází lidské pokolení již od počátků věku. Jedná se vlastně o obranný mechanismus lidského těla, který poukazuje na možnost hrozícího nebezpečí. Jsou to reakce těla – organismu na podněty, které vybočují nebo narušují normální chod organismu. Výsledkem stresu je jednak zburcování organismu a příprava člověka na možné nebezpečí, ale také navození pohotovostního režimu, jež přetrvává po dobu nebezpečí. Stres nás do jisté míry popohání, dodává energii a motivuje k činnosti. Napomáhá k rozvoji naší tvořivosti a zvyšuje naše pracovní nasazení. Dostane-li se člověk do situace, kdy nemůže konflikt řešit útokem ani útekem, všechny fyziologické reakce vyzní naprázdno. To je hlavní důvod škodlivého působení stresu. Vybuzená energie není fyzicky zpracována a tím pádem nedochází k metabolickému odbourávání zplodin, které v těle vznikají. Tyto zplodiny se usazují v různých tkáních a vedou k funkčním poruchám a onemocněním spjatým s činností vnitřních orgánů. Při stresové reakci se do krve uvolňují látky jako katecholaminy, kortizon, prolaktin, přirozené opiáty, endorfiny a enkefaliny. Tělo se snaží soustředit všechnu energii na bezprostřední vnější nebezpečí, jež momentálně ohrožuje organismus více než útok mikroorganismů zevnitř. Neblahým důsledkem je zvýšení hladiny hormonů a narušení funkce imunitních buněk. Je-li stres dlouhodobý

a intenzivní, dochází k trvalému snížení naší obranyschopnosti. Čím déle stres trvá, tím větší je riziko psychosomatických onemocnění. Nejčastěji jsou s nadměrným stresem spojovány kardiovaskulární choroby (hypertenze a koronární choroby), gastrointestinální choroby (gastroduodenální vředy, zvracení), poruchy imunitního, močového a svalového systému. Stres se spolupodílí na vzniku TBC, karcinomu, ekzémů, alergií, abscesů atd. (21, s. 61)

3.7 Odolnost vůči stresu

Psychická odolnost je schopnost jedince nenechat se příliš vyvést z míry a po skončení zátěže co nejrychleji obnovit duševní zdraví jedince. Odolnost se v obecném slova smyslu týká toho, jak jedinec zvládá zátěž, jakou má schopnost odolávat tlakům, navracet duševní rovnováhu, získávat a nově si osvojovat zkušenosti s právě prožitou zátěží. Můžeme říci, že pojem odolnost obecně zahrnuje subjektivní predispozice jedince ke zvládnutí zátěže, jakou je pracovní kapacita, frustrační tolerance a souhrn dispozic ke zvládnutí nároků prostředí v interakci s jedincem. Míra odolnosti má rozhodující roli pro stanovování míry zátěže. (18, s. 104)

3.8 Působení stresu

Důsledky stresu můžeme rozdělit na bezprostřední a trvalé. Mezi bezprostřední projevy patří psychické reakce a krátkodobé stavy, jako jsou emoční reakce a nálady. Dále mezi ně řadíme somatické a krátkodobé behaviorální reakce, jako je například agresivita nebo hostilita. Jako příklady dlouhodobých důsledků působení stresu můžeme uvést psychologické symptomy (únava, vyčerpání), somatické symptomy (respirační a oběhové obtíže) a poruchy duševního zdraví (krátkodobá rejektivní psychóza, posttraumatická stresová porucha). Působení stresu na sestru při vykonávání jejích pracovních povinností jsou rozličné a závažné. Důsledky tohoto působení jsem zpracovala do přehledných tabulek, které jsou součástí přílohy. (19, s. 14 – 17) Viz příloha 2

4 ZVLÁDÁNÍ – ADAPTACE VS. COPING

Adaptace a coping – dva pojmy, jež jsou spojovány s aktivitou člověka v těžké situaci. Zatímco adaptaci spojujeme se zvládáním zátěže jako takové, pojem coping se objevuje v souvislosti se zvládáním stresových situací.

4.1 Adaptace

Za základní podmínku vývoje a přežití člověka se považuje účinná adaptace na změny prostředí. Člověk je po celý život vystaven mnoha měnícím se činitelům, s nimiž se musí s větší či menší námahou vyrovnat. (18, s. 9,11)

H. Selye vysvětluje pojem adaptace, tako: *„Víme, že na fyzické úrovni má tělo složitý mechanismus samoregulace. Ta funguje tak, že tělo citlivě zaznamenává všechny odchylky od normálu a zajišťuje rovnováhu (restartuje ji). Tyto mechanismy umožňují, abychom se přizpůsobili téměř všemu, s čím se v životě můžeme setkat.“* (23, s. 39)

„Základní funkce lidského adaptačního procesu spočívají ve zhodnocení situace, volbě a aplikaci způsobu vyrovnávání se s příslušnými nároky, zpětnovazebné vyhodnocení postupu a jeho případné změny.“ (18, s. 1)

C.J. Holahan a R. H. Moss (2010) charakterizují adaptaci jako *„stabilizující faktor, jenž může pomoci udržovat psychosociální adaptaci během stresuplné epizody“*

Z psychologického hlediska je adaptace vyrovnání se se zátěží, která je v mezích zvládnutelné tolerance. Je to funkce lidského organismu umožňující vést uspokojivý život přizpůsobováním se stále se měnícímu životnímu prostředí. Tato adaptace probíhá pomocí psychické regulace, jež napomáhá přizpůsobování se okolí a plánovitým změnám vlastních či okolních systémů.

Psychická regulace probíhá ve třech základních rovinách a to v rovině instinktivní, zvykové a volní. Instinktivní regulace probíhá pomocí vrozených automatických reakcí, tedy pomocí pudů či instinktů. Zvyková regulace probíhá pomocí naučených či navyklých způsobů chování a volní regulace má průběh zcela úmyslný a záměrný. Můžeme říci, že do určité míry spolupracují všechny základní soustavy lidského organismu na zajištění psychické regulace. (23, s. 42), (18, s. 12, 14)

Nastane-li situace, kdy jsme nuceni adaptovat se na nepříjemnou situaci ohrožující naši jistotu a náš obraz sama sebe, dochází k aktivaci tzv., obranných mechanismů. Jsou to mechanismy založené na sebeklamu, sloužící k eliminaci úzkosti a sebepojetí. Obrannými mechanismy se podobně zabýval S. Freud (1926) a později i jeho dcera A. Freudová (2006). Paulík (2010) uvádí jako základ obrany sebepojetí a jistoty dva obranné mechanismy a to nevědomé vytěsnění a vědomé potlačení. Vytěsnění neboli represe je vytěsnění skutečného děje z vědomí. Potlačení neboli suprese znamená vědomě a záměrně potlačovat vědomé. Mezi další obranné mechanismy řadíme například regresi, racionalizaci či bagatelizaci. Regrese znamená návrat k nižšímu vývojovému stupni. Racionalizace je rozumové odůvodnění, neodůvodnitelného chování, děje či situace. Bagatelizace je zlehčování, znevažování či podceňování situace a introjekce je popisována jako promítnutí starostí druhých do vlastního života. (44, s. 106)

Pomocí eliminace emočně negativních pocitů a zmírňování dopadu negativního posuzování ochraňují ego a sebeúctu člověka. Dle G. E. Vaillanta (2010) je můžeme rozlišit na nezralé obrany, které působí nezdravě a vycházejí z poruch osobnosti, a na obrany zralé. Ty mají na tělo pozitivní dopad a jako příklad můžeme uvést humorný nadhled, altruistické chování či odreagování pomocí relaxačně zaměřených aktivit. (18, s. 77,78), (24, s. 513)

4.2 Coping

Pojem coping je aktivní a neuvědomělý proces uplatňující se vzhledem k odolnosti v podlimitních či nadlimitních zátěžích.

Coping dle Folkmana: „*behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi souvisejí s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházejí z interakce osobnosti a prostředí.*“

Lazaruse rozlišuje dva základní typy copingu. První typ je zaměřen na problém a druhý na emoce. C. S. Carver, M. F. Scheier a J. K. Weintraub kromě těchto dvou typů rozlišují ještě dysfunkční způsob chování. (18, s. 79,80)

Coping zaměřený na problém je aktivní strategie k řešení problémů, jež vyhledává, eliminuje, mění nebo se snaží zamezit opětovnému výskytu určitého problému. Strategie jsou nasměrovány nejen vně, kdy je měněno vnější prostředí, ale i dovnitř a člověk mění něco sám v sobě. Příkladem těchto strategií je například aktivní řešení problému, seřazení

si priorit, efektivní organizace času, hledání pozitiv a informací o stresové situaci. (18, s. 80), (24, s. 510), (21, s. 64)

Coping zaměřený na emoce je postaven na snaze regulovat (zklidňovat) emoční projev stresu a udržet tak vnitřní rovnováhu jedince. S nejjednoduššími strategiemi se můžeme setkat již v dětství. Příkladem může být útek a schování nebo konejšení dítěte v náručí matky. V průběhu let se pak člověk naučí využívat složitější strategie pro zvládnání stresu, jako jsou behaviorální a kognitivní strategie.

Behaviorální strategie snižují působení problému použitím různých technik. Například tělesnou aktivitou, získáváním psychické podpory či používáním omamných prostředků a vybíjením vzteku.

Kognitivní techniky jsou strategie, zahrnující odsouvání problému z našeho vědomí či změnou významu situace.

Dysfunkční způsoby zvládnání můžeme charakterizovat jako projevy negativních emocí, mentální a behaviorální se odpoutání od problému či snaha uniknout z náročné situace. (18, s. 80), (24, s. 510), (21, s. 65)

Ve své profesi se sestra často setkává s mnohými druhy stresorů. Je v kontaktu s nevléčitelně nemocnými, umírajícími a trpícími pacienty. Proto si sestra musí osvojit copingové strategie, které jí pomohou tyto situace zvládnout. New South Wales Nurses' Association (NSWNMA) se v roce 2006 zaměřila na problematiku zvládnání stresu u sester. V rámci tohoto zkoumání byla vydána brožura Stress Management for Nurses, jejímž úkolem je zvýšit povědomí o duševním zdraví sester. NSWNMA sestavila pro sestru seznam 10 položek, které by měla dělat každý den. Viz příloha 3 (53, s. 4 - 6)

5 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom je psychosomatické onemocnění projevující se souborem symptomů a příznaků, v jejichž důsledku dochází k oslabení psychického stavu člověka a vyčerpání organismu. Syndrom vyhoření vzniká v důsledku nadměrných psychických a emočních nátlaků.

Výskyt syndromu vyhoření u sester byl zkoumán v roce 2007 u 585 slovenských sester. Výsledky tohoto šetření poukazují na závažnost a aktuálnost problematiky burnout syndromu u sester.

Výsledky standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI) poukazují na výskyt ve všech třech dimenzích, tedy v dimenzi emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení. Nízké emocionální vyčerpání pociťuje 25,1 % tázaných sester, mírné 40,4 % sester a vysoké emocionální vyčerpání pociťuje 32,3 % sester. V oblasti depersonalizace pociťuje nízké vyčerpání 46,6 % sester, mírné vyčerpání 32,5 % a vysoké vyčerpání uvádí 18,5 % sester. V oblasti osobního uspokojení pociťuje 53,6 % sester nízké vyčerpání, 32,5 % mírné vyčerpání a 11,3 % sester pociťuje vysoké vyčerpání.

H. Freudenberger v letech 1974- 1975 jako první publikoval poznatky o syndromu vyhoření. Jeho první definice syndromu vyhoření zní: „*stav únavy a frustrace navozený úplným oddáním se věci, způsobu života či vztahu, který však nesplnil svoje očekávání.*“ Tato definice je datována k roku 1980. V dalších letech ji spolu s G. North definují jako „*Vyhoření je konečným stádiem procesu, při němž, lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své hnací síly).*“ (34, s. 116), (37, s. 6)

Cary Cherniss (2009) – Vyhoření je výsledek procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujatí určitým problémem (ideou) ztrácejí své nadšení. (34, s. 116)

Křivohlavý (2011) – Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu) a emocionálnímu (citovému) vyčerpání organismu. (21, s. 24)

Tošner, J., Tošnerová (2008) – Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské

komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života (33, s. 13)

Souhrnně můžeme definice rozdělit do dvou proudů. První jsou definice popisující konečný stav neboli důsledek syndromu vyhoření. Do druhého proudu můžeme zařadit definice, které vnímají syndrom vyhoření jako proces mající vlastní vývoj. (33, s. 7)

Všechny tyto definice se shodují v těchto následujících částech.

Je to psychický stav vyčerpání, který se vyskytuje u psychicky zdravých lidí často prožívajících chronický stres. Je doprovázen negativními emocionálními příznaky projevující se v oblasti psychické, fyzické a sociální.

Vyskytují se nejčastěji v souvislosti s určitým povoláním, nejčastěji jsou to povolání, profese pracující s lidmi. Při práci se projevuje menší efektivita práce, jejíž příčinou nejsou špatné pracovní schopnosti, ale negativní postoj a z nich plynoucí chování. (33, s. 7)

5.1 Příznaky a projevy syndromu vyhoření

Mezi prvotní příznaky můžeme zařadit pocit nezvládnání daných úkolů a pocit ztráty smysluplnosti, to v doprovodu nervózního, nespokojeného a podrážděného chování. Mezi první tělesné příznaky jsou řazeny problémy se spánkem, bolesti hlavy, kloubů, časté infekce či kolísání váhy.

Příznaky můžeme dále dělit do tří – oblastí na psychické, fyzické a sociální.

Psychické projevy - Mezi psychické příznaky můžeme zařadit například nechut' a lhostejnost k práci, ztrátu nadšení a pracovního nasazení či potíže se soustředěním a koncentrací. Člověk se stává popudlivým, cynickým, či chladným ve vztazích k okolí.

Fyzické projevy – Tělesné vyčerpání se nejčastěji projevuje jako pocit únavy, celkové tělesné slabosti, nedostatkem energie či změnami tělesné hmotnosti. V důsledku těchto projevů se rychlá unavitelnost a potřeba spánku zvyšuje. Mezi somatické projevy patří poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, trávicí obtíže, bolest hlavy či páteře.

Sociální projevy - Rodina, přátelé a okolí již nejsou zdrojem energie a uspokojení, ale spíše zátěží. Člověk, u kterého se projevil syndrom vyhoření, má tendence ke kritice

a to nejen vlastní, ale i okolí. Zvyšuje se nezáměr a snižuje empatie k okolí. Postupně dochází k nárůstu konfliktů. Jako příklady sociálních projevů je uváděna depersonalizace, neochota, necitlivý přístup k pacientům a snižování sociálních kontaktů. (33, s. 18,19), (21, s. 30), (37, s. 9-11)

5.2 Vývoj syndromu vyhoření

Mezi nejznámější autory popisující vývoj syndromu vyhoření patří Edelwich, Brodsky a A. Laengle. Edelwich, Brodsky popisují syndrom vyhoření v pěti po sobě jdoucích fázích (nadšení, stagnace, frustrace, apatie a syndrom vyhoření), zatímco A. Laengle popisuje vývoj syndromu vyhoření ve třech fázích (fáze nadšení, vedlejšího zájmu a popela)

Vývoj dle Edelwiche a Brodskyho:

První fáze – nadšení, se projevuje očekáváním a určitým idealismem, který nás všechny provází v souvislosti s počátkem studií na zdravotnických školách, či později při nástupu do práce. Jsme vedeni našimi ideály a máme cíle, jichž chceme dosáhnout. V naší práci vidíme smysluplnost a účelnost. Jsme motivováni k práci. Druhá fáze je pojmenovaná jako stagnace, představuje období, kdy se původní představy nedaří uskutečnit a jedinec slevuje ze svých očekávání. Objevuje se zklamání a práce začíná být obtěžující. Třetí fáze – frustrace se projevuje se nevěle docházet do zaměstnání a zklamání z něj. Objevují se první pochybnosti o smyslu práce a první psychické a fyzické potíže. Ve čtvrté fázi je popisována apatie, kdy pracovník vykonává jen ty nejdůležitější činnosti, vyhýbá se jakékoli práci navíc. V této fázi je popsán výskyt hostility vůči pacientům a okolí. Poslední fáze je syndrom vyhoření, při němž dochází k úplnému vyčerpání organismu. Tato fáze je doprovázena cynismem, odosobněním a bývá popisována i ztráta lidskosti. (35, s. 139), (36, s. 145), (33, s. 18,19)

Vývoj dle A. Laengle:

V první fázi nadšení A. Laengle popisuje člověka, který se pro něco nadchl, má cíl a ve svém konání spatřuje smysluplnost. Druhou fázi popisuje jako fázi vedlejšího zájmu, kdy jedinec přestává být motivován k dosažení samotného cíle a začíná být motivován prostředky, jež za práci dostává. Cílem je získávání prostředků. Třetí fáze neboli fáze popela je popisována jako ztráta úcty nejen k sobě samému, ale i k okolí. Okolí je nerespektováno a dochází ke ztrátě životního smyslu. (33, s. 19)

5.3 Diagnostika syndromu vyhoření

Mezi nejužívanější diagnostiky syndromu vyhoření patří speciálně zaměřené dotazníky. Tyto dotazníky můžeme dělit na dotazníky zaměřené na celou šíři problematiky (dotazník dle autorů: Hawkins, Minirth, Maier a Thursman 1990), dotazníky zaměřené na tři nejvýraznější charakteristiky syndromu vyhoření (dotazník BM – Burnout Measure od A. Pinseové a E. Aronson 1988) a dotazníky vyhodnocující tři relativně samostatné faktory (dotazník od Ch. Maslachové a S. Jacksonové – Maslach Burnout Inventory). (34, s. 117)

5.4 Rizikové a neutrální faktory

Jedním ze způsobů dělení rizikových faktorů syndromu vyhoření je jejich rozdělení na vnitřní a vnější.

Vnější faktory můžeme dále rozdělit dle místa výskytu na rizikové faktory v zaměstnání, kam řadíme například organizaci práce. Dále na rizikové faktory vyskytující se v osobním životě jedince, které jsou spojeny s rodinou a širším okruhem příbuzných.

Mezi vnitřní faktory řadíme osobnostní charakteristiky, stav organismu či chování a reagování v různých situacích. (33, s. 15)

Mezi faktory, jež nemají vliv na rozvoj syndromu vyhoření, řadíme inteligenci a demografické údaje jako je věk, stav, vzdělání a délka praxe.

5.5 Syndrom vyhoření a zátěžové situace

Zátěžové situace mají velmi zásadní vliv na rozvoj syndromu vyhoření. Často jsou označovány jako jeho hlavní příčina. Zátěžové situace vedou k narušení psychické rovnováhy, jež se projevuje změnou prožívání, uvažování a chování.

Během života se setkáváme s nepřehlednou řadou zátěžových situací. Život je nepřetržitý proces adaptace na měnící se životní podmínky. Proto je důležité naučit se efektivně korigovat své postoje i chování, jejich nekorigovanost může vyústit až v syndrom vyhoření. (33, s. 8), (20, s. 95)

5.6 Prevence syndromu vyhoření

Prevence syndromu vyhoření vychází z pozitivních technik zvládnání stresu, neboli copingu. Copingové strategie můžeme dělit dle jejich zaměření. Prvním typem jsou copingové strategie zaměřené na problém, jejichž hlavním cílem je vyhledat a eliminovat

problém. Druhým typem strategií jsou strategie zaměřené na emoce a jejich cílem je znovu navození a udržení vnitřní rovnováhy jedince. Copingovým strategiím se více věnuji v kapitole 4. 2. (18, s. 80), (37, s. 3)

V ČR se problematikou prevence syndromu vyhoření zabývají manželé Tamara a Jiří Tošnerovi, kteří uvádí 17 rad, jak se vyhnout syndromu vyhoření. (20, s. 140 – 141)
Viz příloha 4

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Mezi často rozebíraná témata v posledních letech můžeme zařadit i vliv psychické zátěže na člověka. Toto téma se nevyhnulo ani zdravotnickému prostředí.

Psychická zátěž ve zdravotnickém prostředí patří mezi faktory, které jsou sledovány a hodnoceny. Vyhláška č. 432 / 2003 Sb. stanovuje podmínky pro zařazení prací do čtyř kategorií. Tyto kategorie jsou stanoveny na základě výskytu škodlivých faktorů a ovlivňování zdraví jedince. Dle předpisu č. 361/2007 Sb. se při hodnocení psychické zátěže sleduje zdroj, okolnosti a vlivy vedoucí k jejímu vzniku. Mezi sledované oblasti psychické zátěže patří práce pod tlakem, vynucené pracovní tempo, jednotvárná pracovní činnost a pracovní podmínky.

Sestra pracuje s člověkem, pečuje o jeho fyzickou i psychickou stránku a je mu oporou v náročných životních situacích. Každý den řeší situace spojené s nemocí, utrpením a bolestí. Na rozdíl od lékaře je sestra v neustálém kontaktu s pacientem, tím se zvyšují požadavky a nároky na její chování a vzdělání.

Z tohoto důvodu jsem se rozhodla provést výzkumné šetření a zjistit míru psychické zátěže a zátěžové faktory vyskytující se v jejich profesi.

7 CÍL VÝZKUMU

Zjistí, jak psychická zátěž působí na sestry.

Dílčí cíl č. 1

Vyhodnotit stupeň pracovní zátěže sestry dle Meisterovy metodologie.

Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládám, že průměrná hodnota zátěže u sester bude dosahovat 2. úrovně.

Výzkumná otázka: č. 12 – Meisterův dotazník

Dílčí cíl č. 2

Porovnat stupně psychické zátěže sester z vybraných oddělení.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že sestry z interních oddělení budou dosahovat vyššího stupně zátěže než sestry z chirurgických oddělení.

Výzkumná otázka: č. 5, 12 – Meisterův dotazník

Dílčí cíl č. 3

Zjistit vliv věku na míru psychické zátěže sester.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že sestry do 30 let budou mít průměrně vyšší stupeň zátěže než jejich kolegyně nad 30let.

Výzkumná otázka: č. 2, 12 – Meisterův dotazník

Dílčí cíl č. 4

Zjistit vliv počtu odpracovaných let na míru psychické zátěže sester.

Výzkumný předpoklad č. 4: Předpokládám, že sestry pracujících na oddělení méně než 10 let budou mít průměrně vyšší stupeň zátěže než sestry s delší praxí.

Výzkumná otázka: č. 3, 12 – Meisterův dotazník

Dílčí cíl č. 5

Zjistit nejvíce zatěžující vlivy v ošetrovatelské praxi.

Výzkumný předpoklad č. 5: Předpokládám, že se na interních a chirurgických odděleních budou lišit nejvíce zatěžující vlivy.

Výzkumná otázka: č. 5, 13

Ve všech předpokladech budu míru zátěže zjišťovat pomocí Meisterova dotazníku.

8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Dotazníky byly rozdány na interních a chirurgických oddělení v Oblastní nemocnici Příbram a.s., Mulačově nemocnici s.r.o., Městské nemocnici Plzeň PRIVAMED a.s. Další vzorek respondentů tvořily sestry, které jsem oslovila pomocí aplikace Google formulář.

Vzorek respondentů tvořilo 100 (96,2 %) žen a 4 (3,8 %) muži. Výběr respondentů byl záměrný, oslovovala jsem všeobecné sestry.

Z celkového počtu 104 sester (100 %) bylo 54 (52,0 %) sester z chirurgických oddělení a 50 (48,1 %) sester z interních oddělení

Kopie písemných žádostí o umožnění dotazníkového šetření naleznete v příloze.

9 METODA SBĚRU DAT

K získání požadovaných informací jsem použila metodu dotazníkového šetření pomocí standardizovaného a nestandardizovaného dotazníku. Dotazník se skládá ze 13 otázek a je rozdělen do tří částí. Část A je zaměřena na získání demografických a znalostních údajů. Část B tvoří standardizovaný Meisterův dotazník, který slouží k vyhodnocení míry psychické zátěže, a třetí část C je zaměřena na zjištění nejvíce psychicky zatěžujících vlivů v ošetrovatelské praxi.

10 VYHODNOCENÍ

Při vyhodnocování dotazníků jsem nejprve zkontrolovala jejich korektnost a vyřadila neúplně nebo nesprávně vyplněné dotazníky. Data z vyplněných dotazníků jsem pomocí kódování převedla do podoby číselných znaků použitelných pro zpracování výsledků pomocí tabulkového procesoru Microsoft Excel.

Následně jsem v návaznosti na rozčlenění dotazníku vyhodnocovala jednotlivé části. V části A jsem vyhodnotila výsledky demografických a znalostních údajů. Část B obsahuje vyhodnocení standardizovaného Meisterova dotazníku v návaznosti na stanovené dílčí cíle. Meisterův dotazník jsem vyhodnocovala dle metodických postupů W. Maistera. Hlavní přednost Meisterova dotazníku je jeho stručnost a srozumitelnost pro respondenty. Všechna práva jsou vyhrazena W. Meisterovi. V části C jsem vyhodnotila nejvíce zatěžující vlivy v ošetrovatelské praxi.

11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Dotazníkové šetření probíhalo v období od 1. 12. 2014 do 20. 2. 2015 v Oblastní nemocnici Příbram a.s., Mulačově nemocnici s.r.o. a Městská nemocnice Plzeň PRIVAMED a.s. Dále jsem oslovila sestry pomocí aplikace Google formulář. Rozdala jsem celkem 137 dotazníků.

Z rozdaných 137 dotazníků se mi jich 110 vrátilo, to činí 80 % návratnost. Z celkového počtu navrácených dotazníků jsem z důvodů nevyplnění nemohla zařadit 6 dotazníků. Pro zpracování dotazníkového šetření bylo využito 104 získaných dotazníků. Všeobecné sestry byly velmi ochotné a velmi dobře se mi s nimi spolupracovalo.

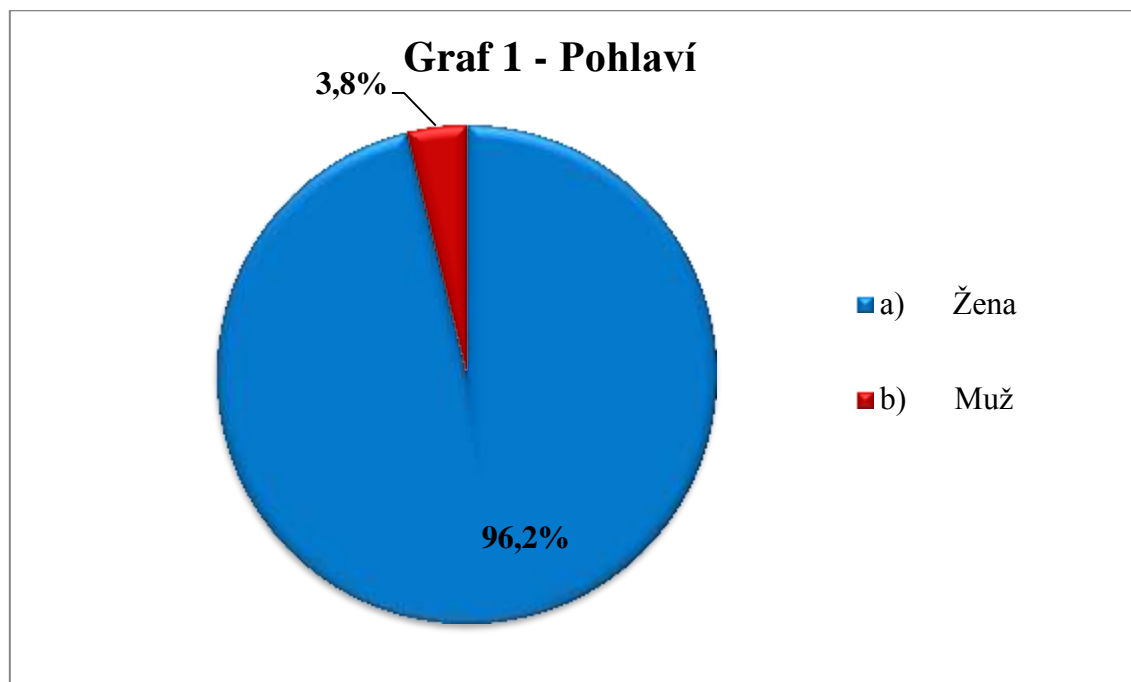
12 ANALÝZA ÚDAJŮ

V této kapitole je vyhodnoceno dotazníkové šetření. Výsledky šetření jsou prezentovány v návaznosti na rozčlenění dotazníku. V části A jsou popsány výsledky demografických a znalostních údajů. Část B se věnuje vyhodnocení Meisterova dotazníku a v části C jsou hodnoceny zátěžové vlivy.

Následně jsou hodnoceny výsledky dotazníkového šetření pomocí výsečových a sloupcových diagramů.

12.1 Prezentace a interpretace získaných údajů – část A

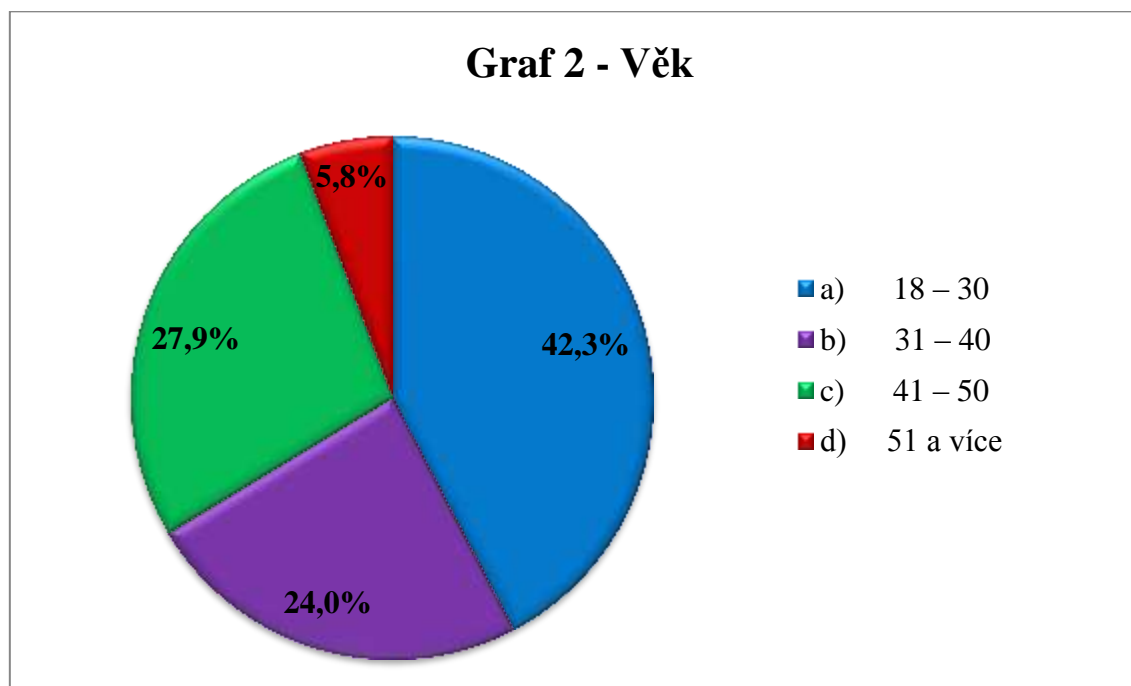
Otázka č. 1 - Pohlaví



Zdroj: vlastní

Výsečový diagram znázorňuje zastoupení mužů a žen v provedeném dotazníkovém šetření. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že se výzkumu účastnilo 100 (96,2 %) žen a 4 (3,8 %) muži.

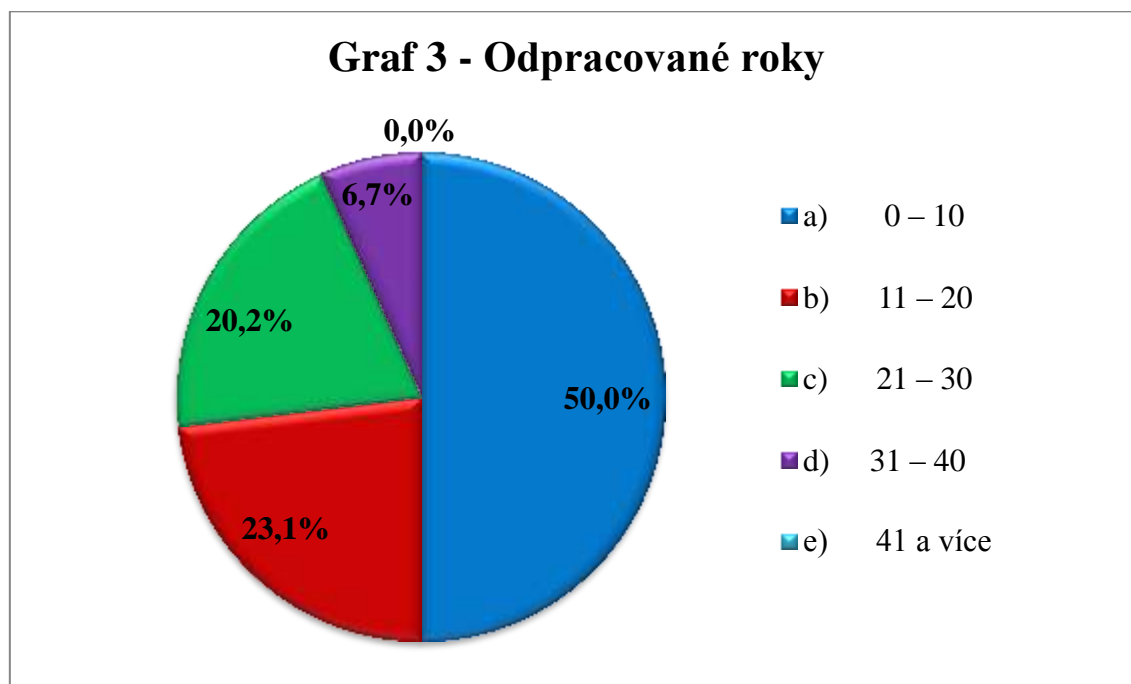
Otázka č. 2 - Kolik je vám let?



Zdroj: vlastní

Druhý výšečový diagram znázorňuje zastoupení věkových skupin. Nejčastěji udávané věkové rozmezí oslovených sester bylo 18 – 30 let, což je 44 (42,3 %) z celkového počtu 104 respondentů. Další věkovou hranici 41 – 50 let udává 29 (27,9 %) respondentů. Ve věku 31 – 40 se výzkumu účastnilo 25 (24,0 %) respondentů a nejméně zastoupenou věkovou skupinou byla skupina respondentů 51 a více let. Tuto skupinu tvořilo pouze 6 (5,8 %) sester.

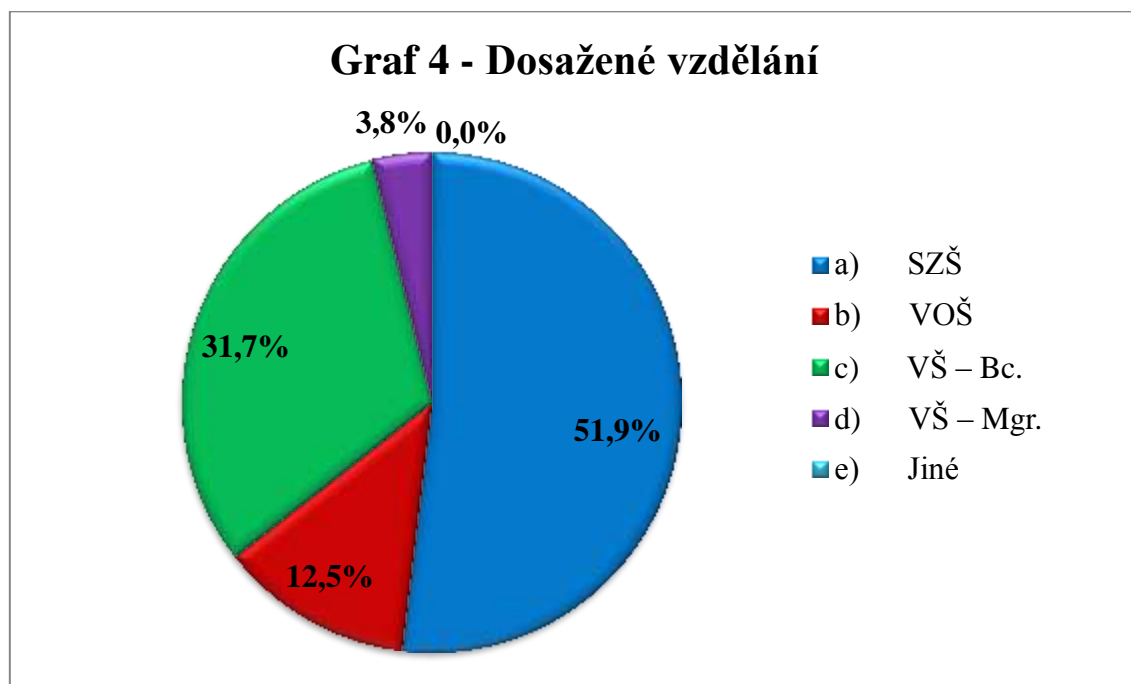
Otázka č. 3 - Kolik let pracujete ve zdravotnictví?



Zdroj: vlastní

Z průzkumu vyplývá, že 52 (50,0 %) sester pracuje ve zdravotnictví 10 a méně let. Další skupinu tvoří 24 (23,2 %) sester, udávají 21 – 30 odpracovaných let ve zdravotnictví. Za nimi následují sestry 24 (20,2 %) s délkou praxe 11 – 20let. Nejmenší skupinu tvoří 7 (6,7 %) respondentů s udávanou délkou praxe 31 – 40 let. Žádný z dotazovaných respondentů neuvedl délku praxe 41 a více let.

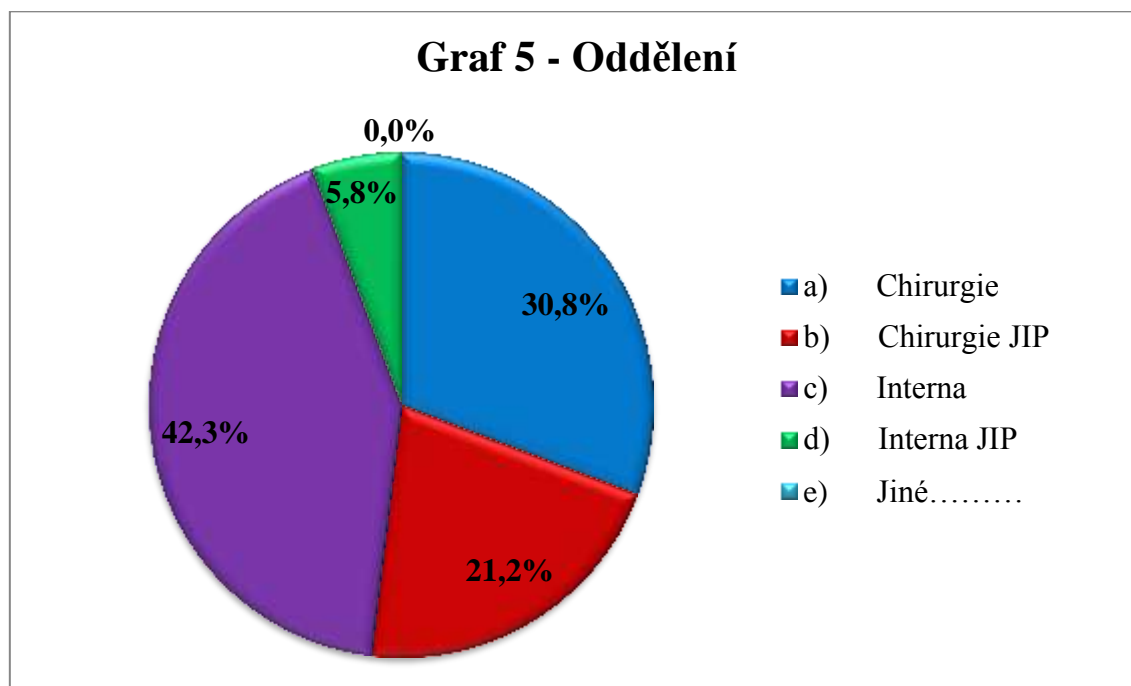
Otázka č. 4 – Vaše vzdělání je:



Zdroj: vlastní

Z výše uvedeného výsečového diagramu vyplývá, že nejvíce 54 (51,9 %) dotazovaných sester je středoškolsky vzdělaných. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří 32 (31,7 %) sester s ukončeným bakalářským vzděláním. Vyšší odborné vzdělání udává 13 (12,5 %) sester a 4 (3,8 %) sester má dokončené magisterské vzdělání. Žádný z dotazovaných respondentů nevedl jiný typ vzdělání.

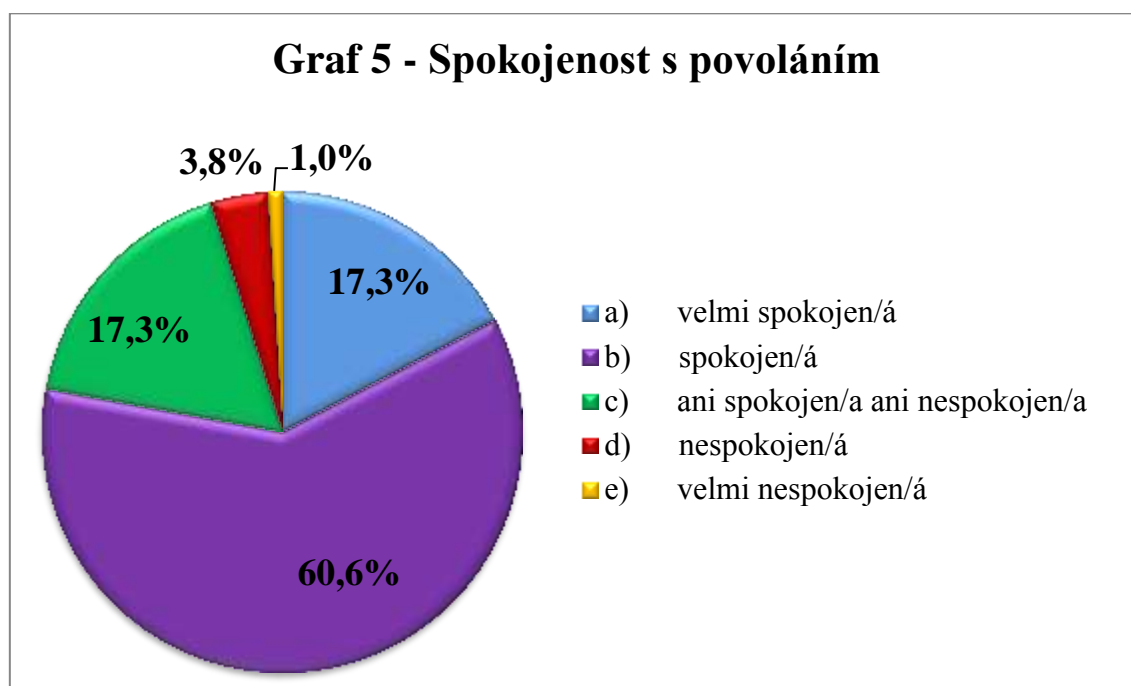
Otázka č. 5 - Na jakém pracujete oddělení?



Zdroj: vlastní

Výšečový diagram znázorňuje zastoupení sester z chirurgických a interních oddělení v dotazníkovém šetření. Z chirurgických oddělení se dotazníkového šetření účastnilo celkem 54 (52,0 %) respondentů, z toho bylo 22 (21,2 %) respondentů z chirurgické JIP. Z interních oddělení se dotazníkového šetření účastnilo celkem 50 (48,1 %) respondentů a z toho 6 (5,8 %) respondentů bylo z interní JIP.

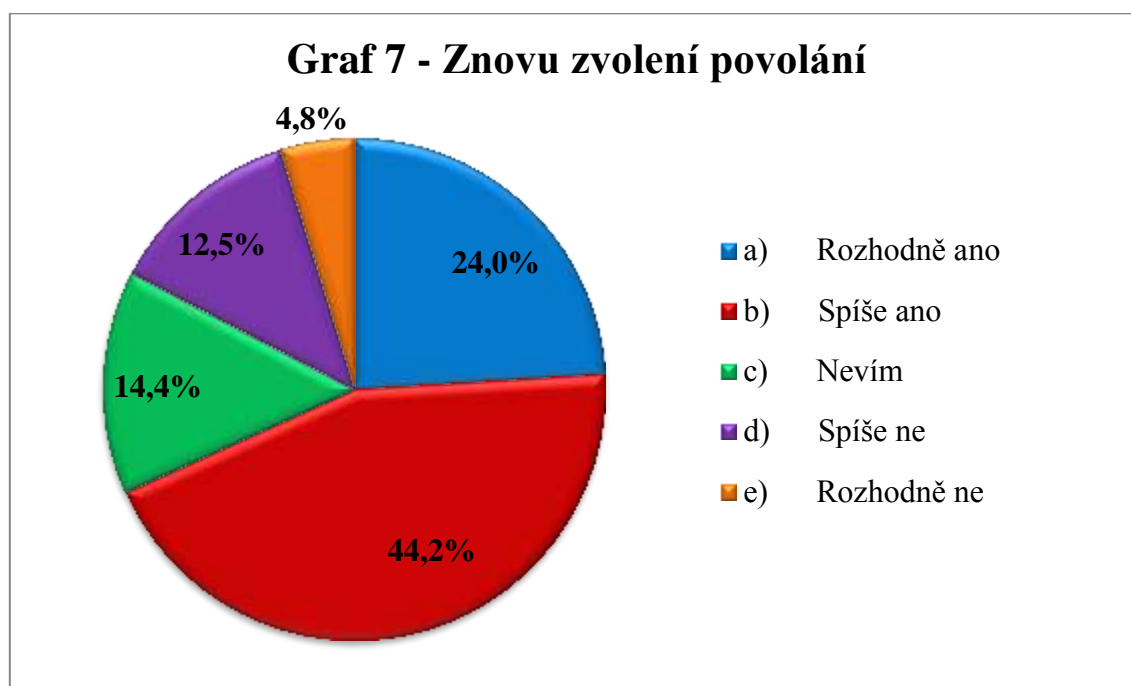
Otázka č. 6 - Se svým povoláním jsem:



Zdroj: vlastní

Otázka č. 6 zjišťovala spokojenost sester s jejich povoláním. Z výzkumu vyplynulo, že více jak polovina, tedy 62 (60,6 %) sester je se svým povoláním spokojená. Odpověď velmi spokojen/á označilo 18 (17,3 %) sester a stejný počet sester se svým povoláním není ani spokojeno/ani nespokojeno. Nespokojenost uvedly 4 (3,8 %) sestry a 1 (1,0 %) sestra uvádí, že je se svým povoláním velmi nespokojená.

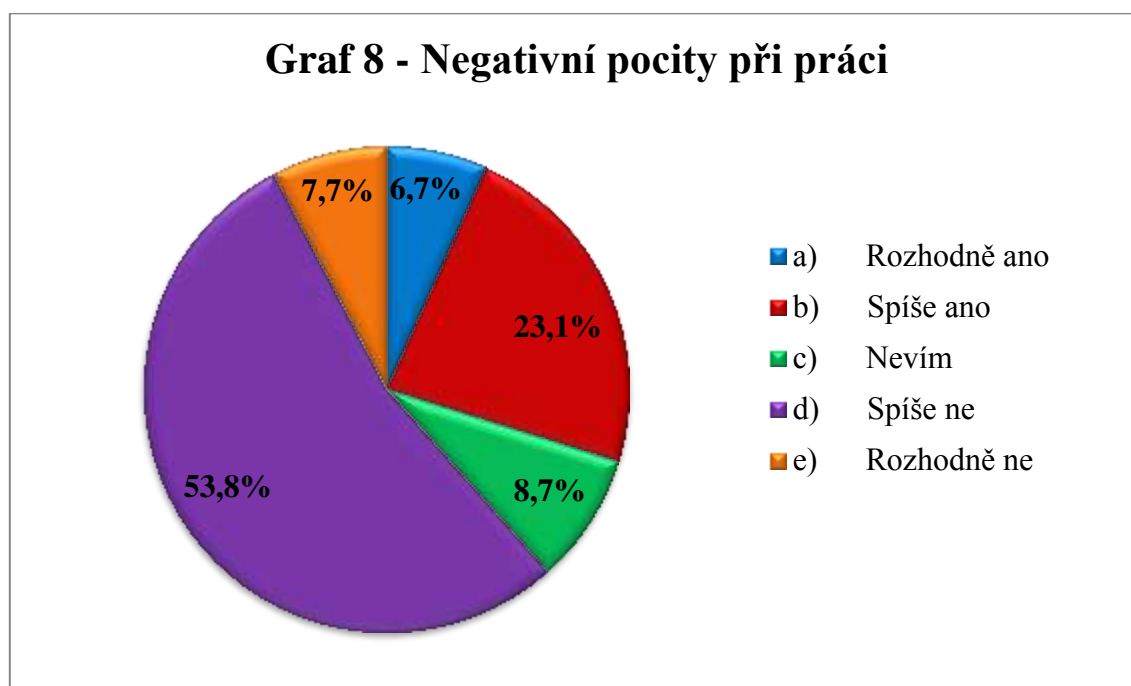
Otázka č. 7 - Zvolil/a byste si toto povolání znovu?



Zdroj: vlastní

Otázka č. 6 zjišťovala, zda by si sestry své povolání zvolily znovu. Kladnou odpověď z celkového počtu respondentů zvolilo 71 (68,2 %). Rozhodně ano odpovědělo 25 (24,0 %) a spíše ano odpovědělo 46 (44,2 %) respondentů. Zápornou odpověď volilo 18 (17,3 %) respondentů z toho 13 (12,5 %) by se pro povolání sestry znovu spíše nerozhodlo a 5 (4,8 %) respondentů by povolání sestry znovu rozhodně nezvolilo. Zbývajících 15 (14,4 %) respondentů neví.

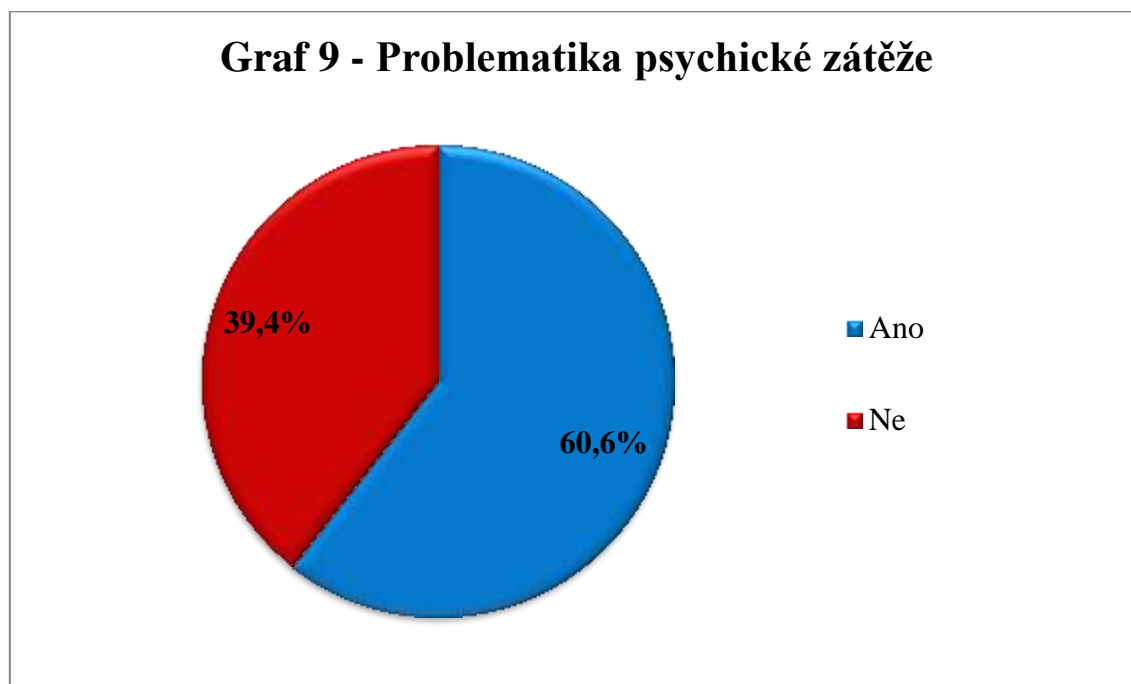
Otázka č. 8 - Pociťujete při výkonu své práce negativní pocity?



Zdroj: vlastní

Výše uvedený kruhový diagram zobrazuje procentuální zastoupení výskytu negativních pocitů při práci sestry. Více jak polovina tj. 64 (61,5 %) respondentů volila zamítavou odpověď z toho jich 56 (53,8 %) udává, že negativní pocity při výkonu svého povolání spíše nepociťuje a 8 (7,7 %) respondentů tyto pocity plně neguje. Kladnou odpověď zvolilo 31 (29,8 %) respondentů z toho rozhodně ano odpovědělo 7 (6,7 %) a spíše ano 24 (23,1 %) respondentů. Zbývajících 9 (8,7 %) respondentů neví.

Otázka č. 9, 10 a 11- Znalost problematiky psychické zátěže



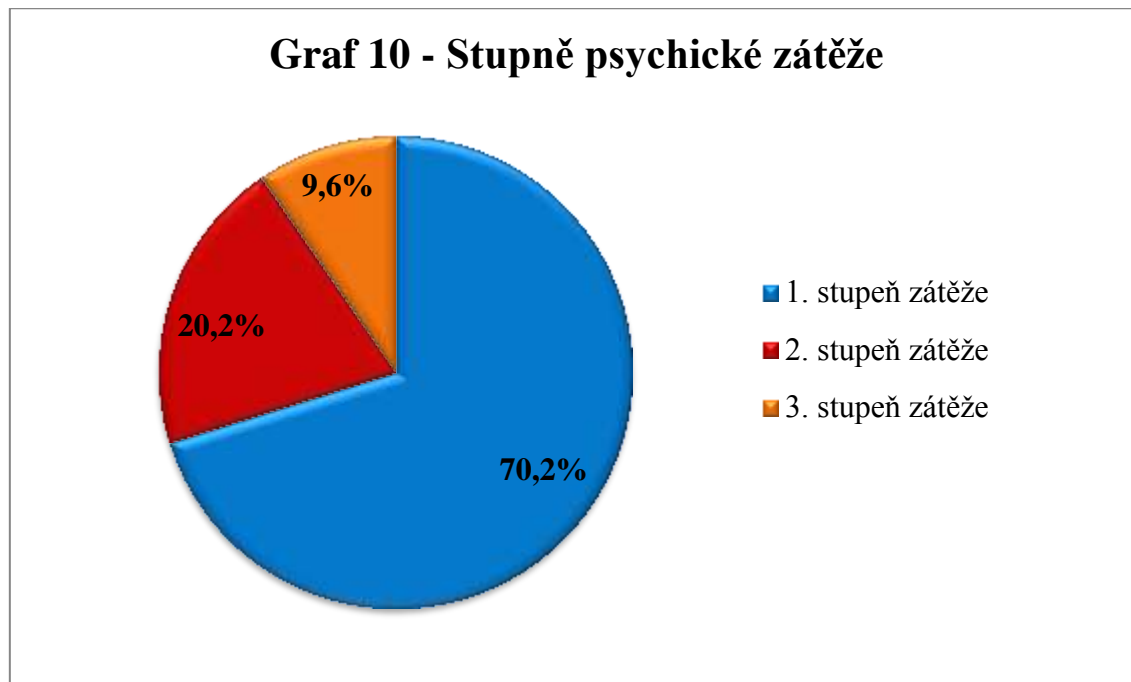
Zdroj: vlastní

Úkolem otázek 9, 10 a 11 bylo zjistit, zda mají sestry povědomí o problematice psychické zátěže. Tyto otázky zjišťovali, zda vědí co je to psychická zátěž, čím je / není zapříčiněna a jaké jsou její projevy.

Výše uvedený diagram zobrazuje procentuální četnost správných a nesprávných odpovědí. Z diagramu vyplývá, že 63 (60,6 %) respondentů odpovědělo správně na všechny tři znalostní otázky. Zbývá část respondentů 41 (39,4 %) odpověděla špatně minimálně na jednu ze tří položených otázek. Můžeme tedy říci, že přibližně dvě třetiny respondentů mají povědomí o problematice psychické zátěže.

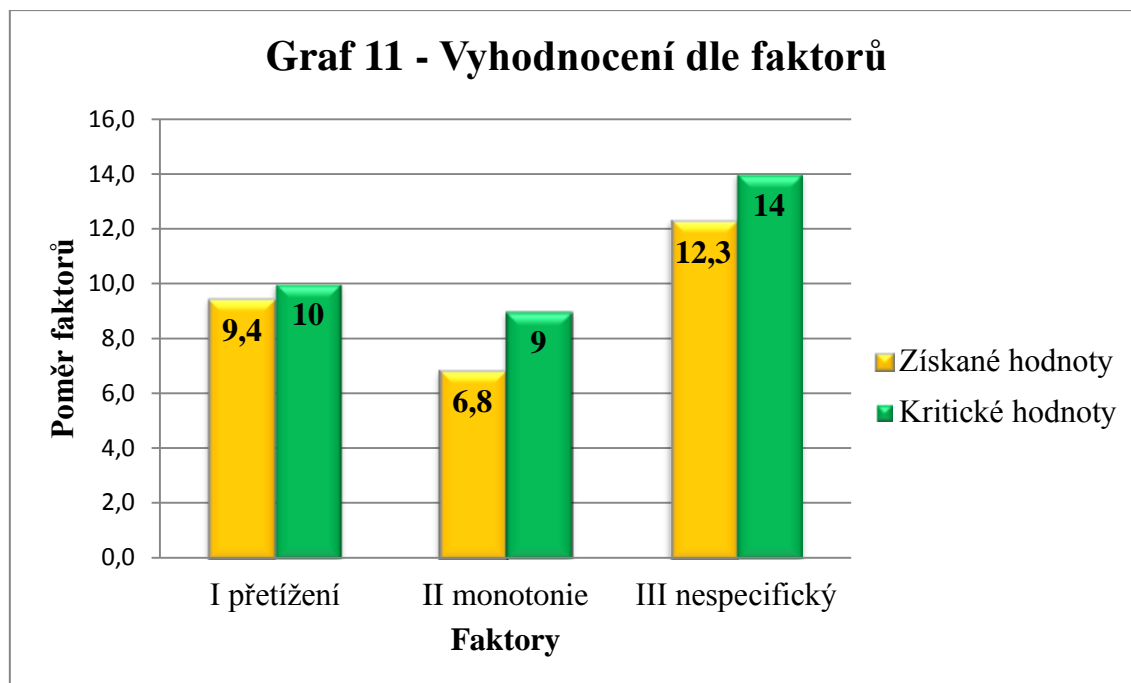
12.2 Prezentace a interpretace získaných údajů – část B

Otázka č. 12 - Meisterův dotazník



Zdroj: vlastní

Tento kruhový diagram znázorňuje procentuální výskyt stupňů psychické zátěže z celkového počtu respondentů. Z Maisterova dotazníku vyplývá, že u 70,2 % sester vyskytuje první stupeň psychické zátěže. Druhý stupeň psychické zátěže se vyskytuje u 20,2 % sester a třetí stupeň psychické zátěže byl vypočítán pouze u 9,6 % sester.

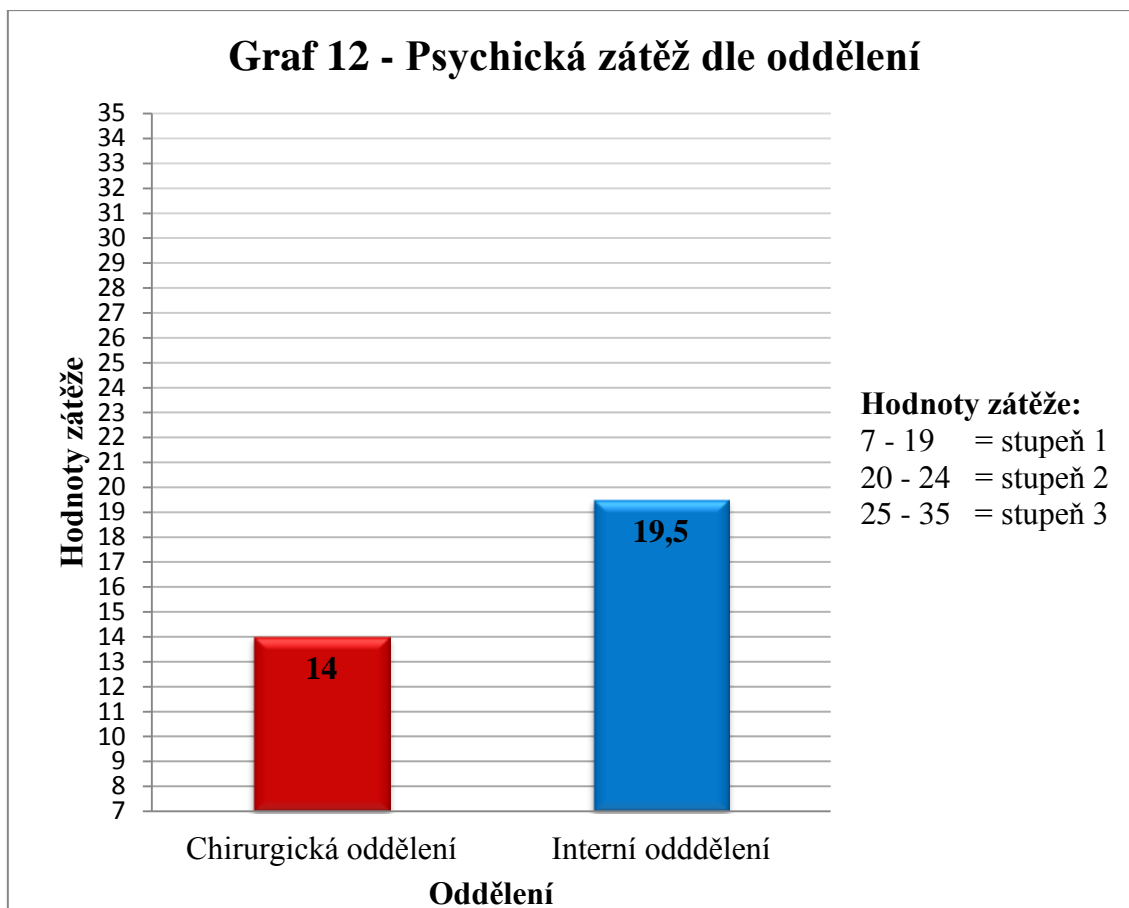


Zdroj: vlastní

Ve výše uvedeném sloupcovém diagramu je znázorněno celkové vyhodnocení psychické zátěže dle faktorů. Meister na podkladě faktorové analýzy stanovil tři faktory, a to I. přetížení, II. monotonii a III. nespecifický faktor stresové odezvy. K těmto faktorům uvádí kritické normy, jejichž překročení poukazuje na nadměrnou zátěž v dané oblasti.

(43, s. 39,40)

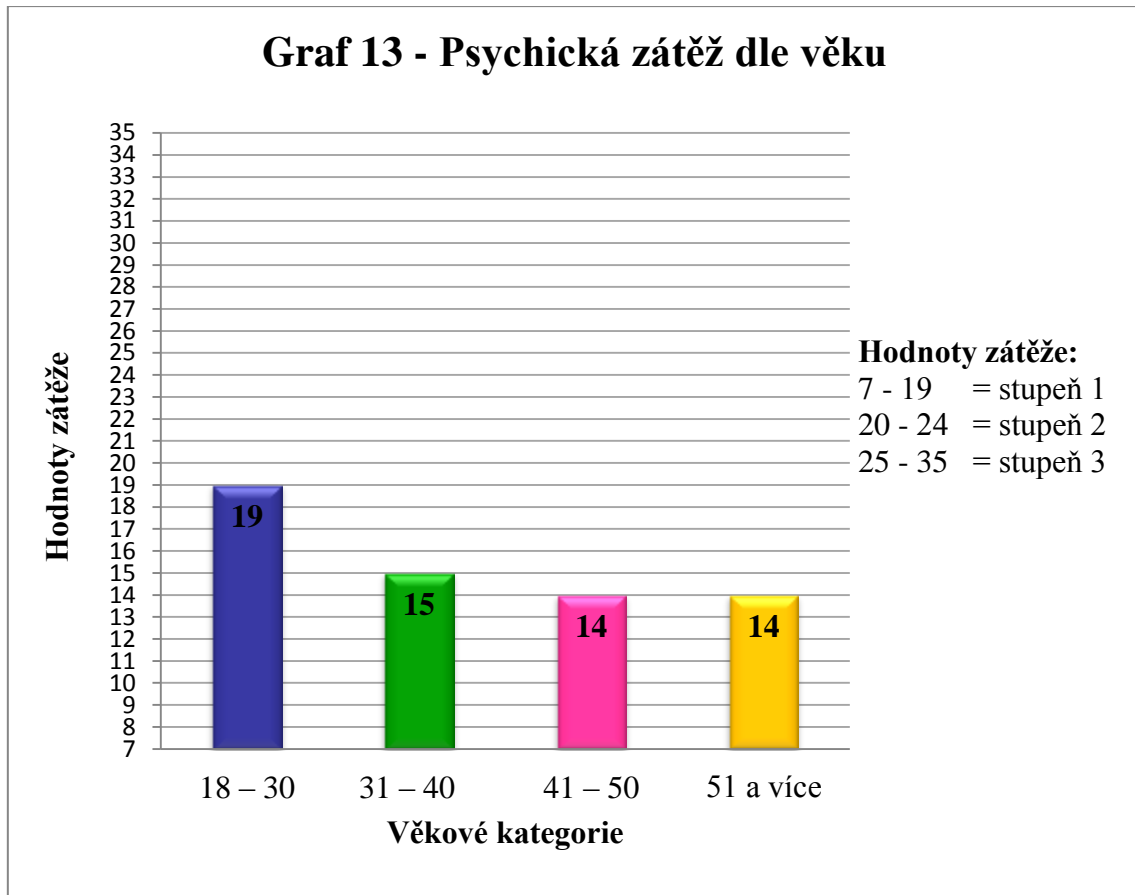
Z vyhodnocení získaných údajů vyplývá, že kritické hodnoty ani jednoho z faktorů nejsou překročeny. Faktor I. přetížení (9,4) se s rozdílem 0,6 nejvíce blíží své kritické hodnotě (10). Získaná (12,3) a kritická (14) hodnota III. nespecifického faktoru se liší o 1,7. Nejméně se své kritické hodnotě blíží faktor II monotonie s rozdílem 2,2.



Zdroj: vlastní

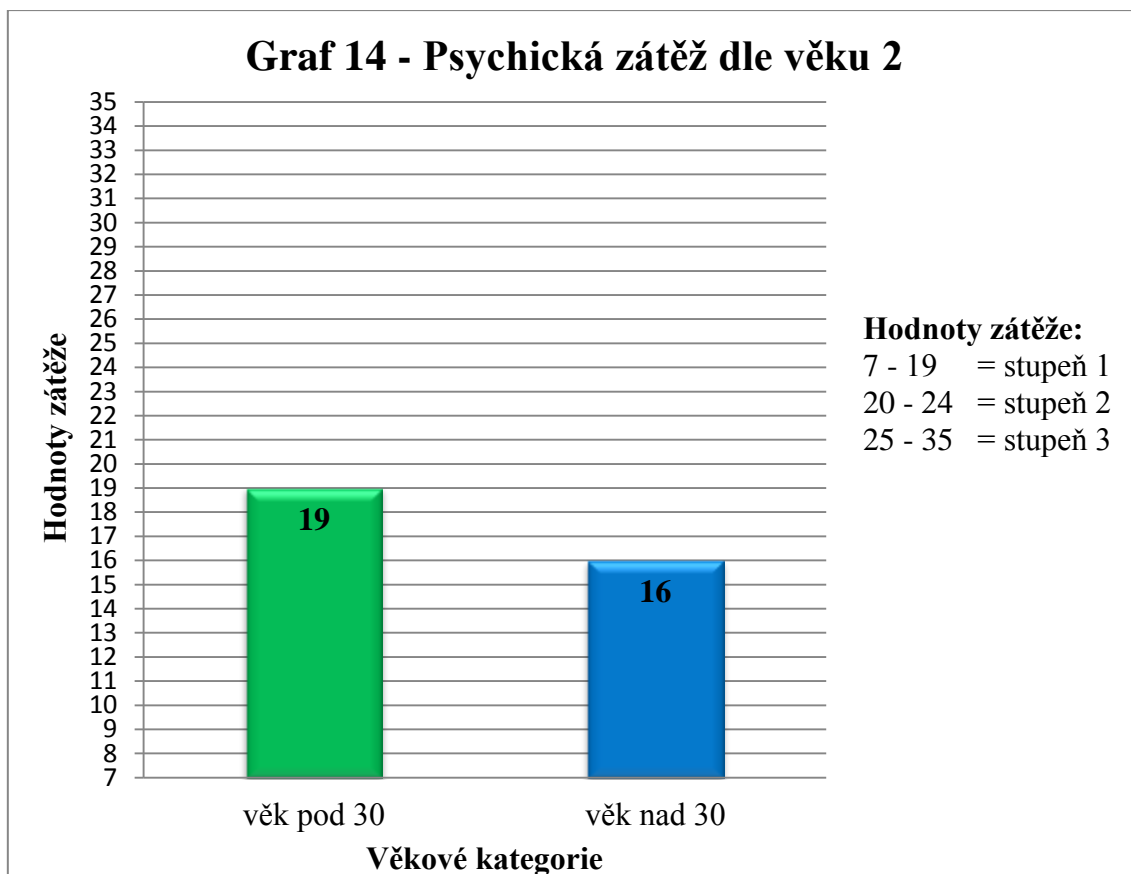
Uvedený sloupcový diagram na základě vyhodnocení Meisterova dotazníku porovnává míru psychické zátěže u sester na chirurgických a interních oddělení. Z tohoto grafu vyplývá, že u respondentů na chirurgických odděleních byl stanoven 1. stupeň psychické zátěže a respondenti z interních oddělení se pohybují v přesném rozmezí mezi 1. a 2. stupněm psychické zátěže.

Graf 13 - Psychická zátěž dle věku



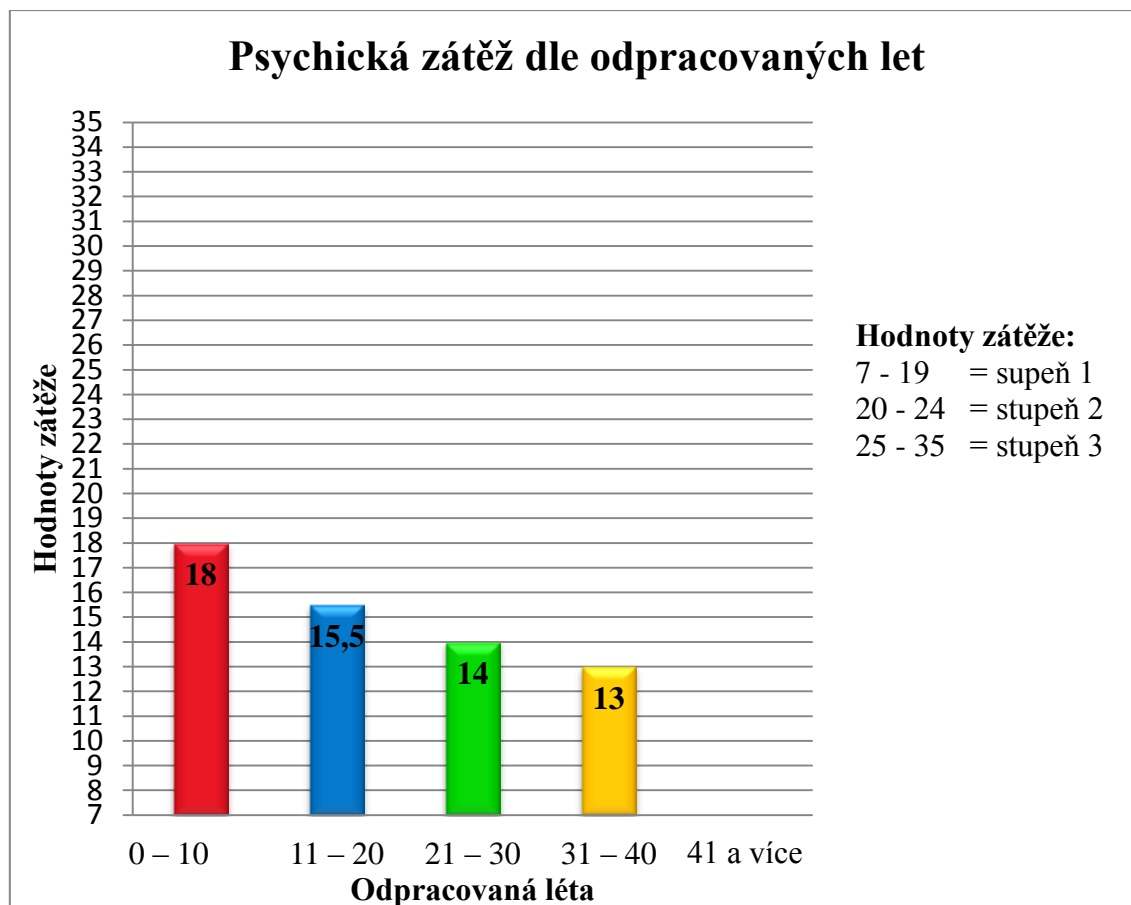
Zdroj: vlastní

Uvedený sloupcový diagram na základě vyhodnocení Meisterova dotazníku porovnává míru psychické zátěže u sester dle věkových kategorií. Na diagramu můžeme pozorovat sestupnou tendenci psychické zátěže v závislosti s přibývajícím věkem respondentů. Žádná věková kategorie nepřekročila hranici prvního stupně psychické zátěže. Respondenti ve věku 18 – 30 let dosahují horní hraniční hodnoty pro 1. stupeň psychické zátěže. U věkové kategorie 31 – 40 let je hodnota psychické zátěže 15. Poslední dvě věkové kategorie 41 – 50 a 51 a více let dosahují stejných hodnot psychické zátěže.



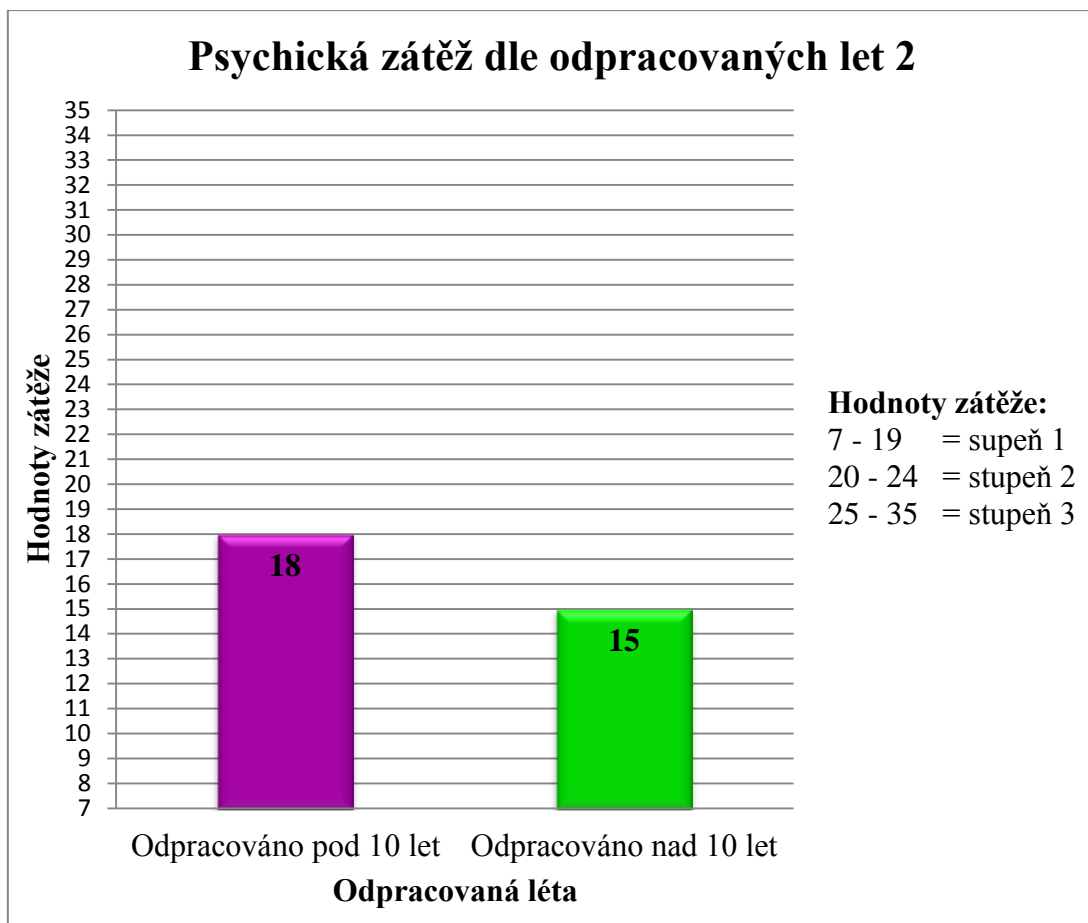
Zdroj: vlastní

Na výše znázorněném sloupcovém grafu můžeme opět pozorovat sestupnou tendenci psychické zátěže v závislosti na vzrůstajícím věku. Věkovou kategorií pod 30 let tvoří 44 respondentů a dosahují horní hranice pro první stupeň psychické zátěže. Věkovou kategorií nad 30 let tvoří 60 respondentů s dosaženou hodnotou psychické zátěže 16, kterou řadíme do prvního stupně zátěže.



Zdroj: vlastní

Uvedený sloupcový diagram na základě vyhodnocení Meisterova dotazníku porovnává míru psychické zátěže u sester dle délky odpracovaných let ve zdravotnictví. Na diagramu můžeme pozorovat sestupnou tendenci psychické zátěže v závislosti na délce odpracovaných let. Psychická zátěž na základě odpracovaných let nepřekročila horní hranici stupně 1. Nejvíce se horní hranici přiblížily sestry s délkou praxe do 10 let a to hodnotou zátěže 18. Druhou nejvyšší hodnotu psychické zátěže 15,5 měli sestry, pracující ve zdravotnictví 10 – 20let. Za nimi následují respondentky s délkou praxe 21 - 30 let, kterým byla vypočtena hodnota psychické zátěže 14. Nejmenší hodnota psychické zátěže 13 byla zjištěna u sester s praxí v rozmezí 31 – 40 let. Žádná z uvedených respondentek neuvádí 41 a více odpracovaných let, proto nemá v grafu žádné zastoupení.

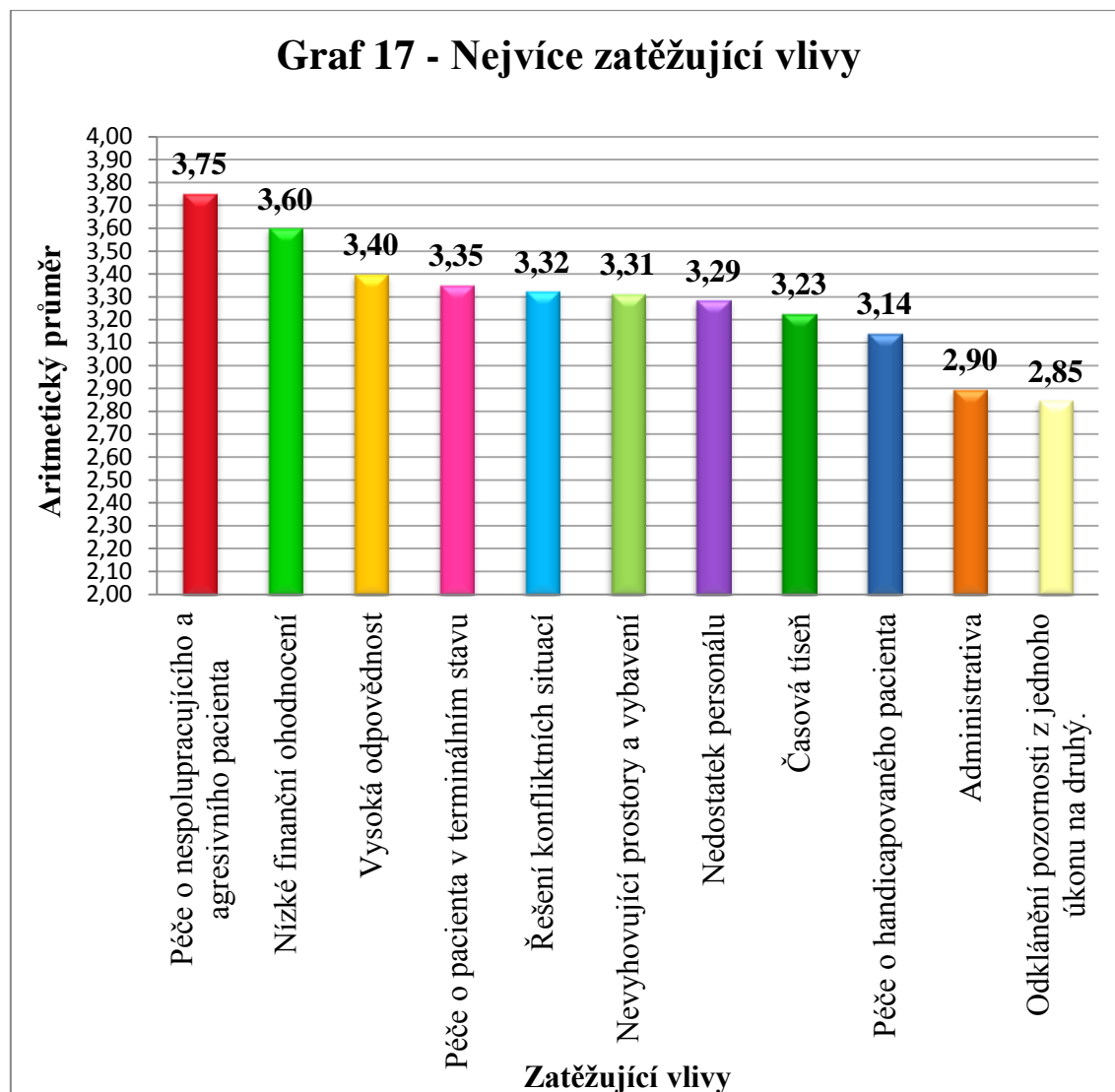


Zdroj: vlastní

Výše uvedený sloupcový diagram porovnává psychickou zátěž v závislosti na délce odpracovaných let. Porovná psychickou zátěž u sester s délkou praxe pod a nad 10 let. Z celkového počtu 104 respondentů jich 52 uvádí, že pracují ve zdravotnictví méně než 10let. Tito respondenti dosáhli hodnoty psychické zátěže 18 a spadají tedy do prvního stupně psychické zátěže. Respondenti s uváděnou délkou praxe nad 10 let mají hodnotu psychické zátěže 15 a taktéž spadají do prvního stupně psychické zátěže.

12.3 Prezentace a interpretace získaných údajů – část C

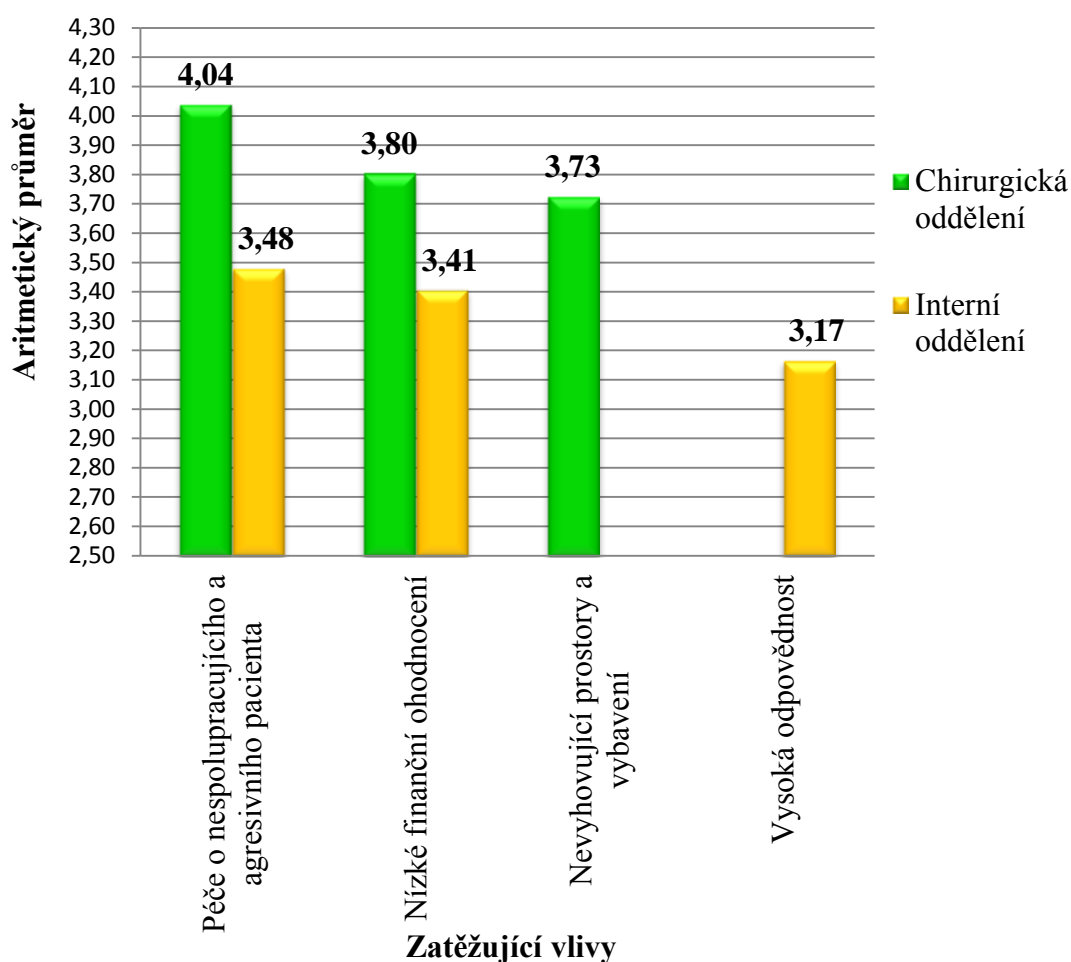
Otázka č. 13 - Zatěžující vlivy v ošetrovatelské praxi



Zdroj: vlastní

Výše uvedený sloupcový graf znázorňuje celkový pohled na deset nejvíce zatěžujících vlivů ošetrovatelské praxe. Tento graf je sestaven pomocí dat získaných z výzkumného šetření. Zatěžující vlivy jsou prezentovány sestupnou formou aritmetických průměrů. Nejvíce zatěžujícím vlivem je hodnocena péče o nespolupracujícího a agresivního pacienta.

Graf 18 - Nejvíce zatěžující vlivy na chirurgických a interních odděleních



Zdroj: vlastní

Tento graf znázorňuje tři nejvíce uváděné vlivy na chirurgických a interních odděleních. První dva nejvíce zatěžující vlivy, hodnotí sestry z obou oddělení shodně. Rozdíl je pouze v hodnotách vypočtených aritmetických průměrů. Nevyhovující prostory a vybavení označují sestry z chirurgických oddělení jako třetí nejvíce zatěžující vliv, zatímco sestry na interních odděleních hodnotí jako třetí nejvíce zatěžující vliv vysokou odpovědnost.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této kapitole se zabývám výsledky cílů a předpokladů, které jsem si stanovila v předkládané práci. Cíle a předpoklady vyhodnocuji na základě získaných dat. Hlavním cílem bylo zjistit, působení psychické zátěže na sestry.

Výzkumu se účastnilo 96,2 % žen nejčastěji ve věku 18 – 30 let. Polovina z dotazovaných sester pracuje ve zdravotnictví méně než deset let a z celkového počtu 104 sester jich má 54 (52 %) středoškolské vzdělání. Vyšší odborné vzdělání uvádí 13 (12,5 %) sester a vysokoškolské vzdělání má 36 (35,5 %) sester. Z chirurgických oddělení se výzkumu účastnilo 54 (52 %) sester a z interních oddělení se jich zúčastnilo 50 (48 %).

Z provedeného výzkumného šetření dále vyplývá, že 60,6 % sester pociťuje spokojenost se svým povoláním a 68,2 % by si jich toto povolání zvolilo znovu. V dotazníkovém šetření jsem se také zajímala, zda sestry při výkonu své profese pociťují negativní pocity (nelibost, podrážděnost, nespokojenost), které jsou v odborné literatuře spojovány s projevem psychického zatížení. Více jak polovina 64 (61,5 %) sester uvádí, že při výkonu svého povolání tyto pocity nemá. Kladnou odpověď a tedy potvrzení výskytu negativních pocitů zvolilo 31 (29,8 %) sester. Pomocí Meisterovy metodiky jsem vyhodnotila stupeň psychického zatížení pro obě skupiny sester. Souvislost psychické zátěže a negativních pocitů se mi potvrdila. Sestry pociťující negativní pocity dosahují vyšších hodnot psychické zátěže, výslednou hodnotou 23 spadají do 2. stupně psychické zátěže a přesahují kritické hodnoty u faktoru I. přetížení a III. nespecifické stresové odezvy. Sestry bez projevu negativních pocitů se řadí do 1. stupně psychické zátěže s výslednou hodnotou zátěže 13.

Cílem otázek 9, 10 a 11 bylo zjistit povědomí sester o problematice psychické zátěže. Z výzkumu vyplývá, že přibližně dvě třetiny sester má povědomí o problematice psychické zátěže. Správně na všechny tři znalostní otázky odpovědělo 63 (60,6 %) sester a 41 (39,4 %) jich odpovědělo minimálně na jednu ze tří položených otázek chybně.

Dílčí cíl č. 1: Vyhodnotit stupeň zátěže dle Meisterovy metodologie.

Výzkumný předpoklad č 1: Předpokládám, že průměrná hodnota zátěže u sester bude dosahovat 2. úrovně.

Tento výzkumný předpoklad se nepotvrdil. Pomocí Meisterovy metodologie jsem zjistila, že průměrná hodnota psychické zátěže u sester je 17 a spadá do 1. stupně psychické zátěže. Na základě poměrů 19:24:35 vypočtených z tabulky klasifikace stupňů psychické zátěže uváděné v metodické příručce: Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže Hladký A., Židková Z. vyplývá, že u 70,2 % sester se vyskytuje první stupeň psychické zátěže. Druhý stupeň psychické zátěže se vyskytuje u 20,2 % sester a třetí stupeň psychické zátěže byl vypočítán pouze u 9,6 % sester. Kritické hodnoty u žádného z faktorů nebyly překročeny.

Dílčí cíl č. 2: Porovnat stupně psychické zátěže sester z vybraných oddělení.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že sestry z interních oddělení budou dosahovat vyššího stupně zátěže než sestry z chirurgických oddělení.

Výzkumný předpoklad se potvrdil. Pomocí Meisterovy metodologie jsem vyhodnotila psychickou zátěž u sester na chirurgických a interních odděleních. Výzkumného šetření se zúčastnilo 54 (52,0 %) sester z chirurgických a 50 (48,1 %) z interních oddělení.

Sestry z interního oddělení dosahovaly vyšší hodnoty psychické zátěže 19,5 což je vyhodnoceno jako 2. stupeň psychické zátěže. Tyto sestry dosahovaly kritických hodnot u faktoru I. Přetížení a III. Nespecifické stresové odezvy.

U sester z chirurgických oddělení byla hodnota psychické zátěže 14, jež spadá do 1. stupně psychické zátěže. Kritické hodnoty u žádného z faktorů nebyly překročeny.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit vliv věku na míru psychické zátěže sester.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že sestry do 30 let budou mít průměrně vyšší stupeň zátěže než jejich kolegyně nad 30 let.

Výzkumný předpoklad se potvrdil. Na základě Meisterovy metodologie jsem vyhodnotila psychickou zátěž u všech věkových kategorií a výsledky poukazují na klesající tendenci psychické zátěže v závislosti s přibývajícím věkem. Sestry ve věkové kategorii 18 - 30 let dosahovaly nejvyšší hodnoty psychické zátěže. Hodnotou psychické zátěže 19 se dostaly do horní hraniční hodnoty pro psychickou zátěž 1. stupně. Za nimi s hodnotou psychické zátěže 15 následovaly sestry věkové kategorie 31 – 40 let. Sestry ve věkové kategorii 41 – 50 a 51 a více let dosahovaly hodnoty psychické zátěže 14.

Pro potvrzení či vyvrácení výzkumného předpokladu jsem sestry rozdělila do dvou kategorií podle věku. První kategorii tvořily sestry pod 30 let (44 respondentek) a druhou kategorii tvořily sestry nad 30 let (60 respondentek). Z tohoto srovnání vyplynulo, že sestry do 30 let věku prožívají vyšší psychickou zátěž než jejich kolegyně nad 30 let.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit vliv počtu odpracovaných let na míru psychické zátěže sester.

Výzkumný předpoklad č. 4: Předpokládám, že sestry pracující na oddělení méně než 10 let, budou mít průměrně vyšší stupeň zátěže než sestry s delší praxí.

Výzkumný předpoklad se potvrdil. Vyhodnotila jsem psychickou zátěž pomocí Meisterovy metodologie dle počtu odpracovaných let. Nejprve jsem vypočetla hodnoty pro psychickou zátěž dle uvedených odpracovaných let. Sestry s délkou praxe pod 10 let dosahují výsledné hodnoty psychické zátěže 18 a sestry pracující ve zdravotnictví 10 – 20let dosáhly s výsledkem 15,5 druhé nejvyšší hodnoty psychické zátěže. Následují sestry s délkou praxe 21 - 30 let a hodnotou psychické zátěže 14. Nejmenší zátěž se projevila u sester s praxí v rozmezí 31– 40 let. Žádná respondentka neuvedla 41 a více odpracovaných let, proto nemohu uvést výsledky tohoto zjištění. Z výsledků můžeme pozorovat sestupnou tendenci psychické zátěže v závislosti na délce odpracovaných let.

Pro potvrzení či vyvrácení výzkumného předpokladu jsem porovnávala psychickou zátěž u sester s délkou praxe pod a nad 10 let. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 52 sester pracuje ve zdravotnictví méně než 10let. Zbylých 48 sester uvádí, že pracují ve zdravotnictví deset a více let. Sestry s uváděnou délkou praxe pod 10 let dosáhly hodnoty psychické zátěže 18 a sestry s praxí nad 10 let mají psychickou hodnotu zátěže 15. Psychická zátěž u sester pod a nad 10 let se pohybuje v rozmezí psychické zátěže 1. stupně. Kritické hodnoty dosahuje faktor I. přetížení a III. nespecifický faktor stresové odezvy u sester s praxí pod 10 let.

Dílčí cíl č. 5: Zjistit nejvíce zatěžující vlivy v ošetrovatelské praxi.

Výzkumný předpoklad č. 5: Předpokládám, že se na interních a chirurgických odděleních budou lišit nejvíce zatěžující vlivy.

Tento výzkumný předpoklad se mi potvrdil. Otázka č. 13 v dotazníku shrnuje 27 literaturou nejčastěji udávaných psychicky zatěžujících vlivů v ošetrovatelské praxi. Sestry u každé položky označovaly míru psychické zátěže, která je vystihuje. Tyto položky

jsem pak vyhodnotila pomocí aritmetických průměrů. Jako nejvíce zatěžující vliv je u sester na chirurgických a interních odděleních shodně hodnocena péče o nespolupracujícího a agresivního pacienta. Druhý nejvíce zatěžující vliv – nízké finanční ohodnocení hodnotily sestry z chirurgických a interních oddělení opět shodně. Rozdíl v hodnocení nastává až u třetího nejvíce zatěžujícího vlivu, kdy sestry z chirurgie volily nevyhovující prostory a vybavení, zatímco sestry z interních oddělení více zatěžuje vysoká odpovědnost.

DISKUZE

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na psychickou zátěž všeobecné sestry. Hlavním cílem tohoto šetření bylo zjistit, jak psychická zátěž působí na sestry.

K realizaci tohoto šetření jsem využila metodu dotazníkového šetření. Výhodou dotazníkových šetření je rychlý vhled do problematiky a možnost testovat větší množství respondentů. Nevýhodou Meisterova dotazníku je, že ve výsledcích nezahrnuje sociálně-psychologické okolnosti jako je motivace k práci, stabilita pracovní skupiny, vztahy, jednání nadřízených a pracovní prostředí. Na základě těchto vlivů dochází k rozlišením mezi pracovními skupinami i při podobné pracovní náplni. (43, s. 39)

Celkem jsem rozdala 137 dotazníků, z čehož jsem pro zpracování mohla využít dotazníky od 104 respondentů. Vzorek respondentů tvořili sestry z interních a chirurgických oborů v nejčastěji ve věku 18 – 30 let.

Dotazník se skládal, ze tří částí. Část A byla zaměřena na získání demografických a znalostních údajů. Část B tvořil standardizovaný Meisterův dotazník, který slouží k vyhodnocení míry psychické zátěže. Třetí část C byla zaměřena na zjištění nejvíce psychicky zatěžujících vlivů v ošetrovatelské praxi.

V předpokladu č. 1 jsem se domnívala, že průměrná hodnota zátěže u sester bude dosahovat 2. úrovně. Tento výzkumný předpoklad se mi nepotvrdil. Z výzkumného šetření vyplývá, že průměrná psychická zátěž u sester dosahuje stupně 1, tedy zátěže, při níž se nepředpokládá ovlivnění zdraví ani subjektivního stavu a výkonnosti jedince. Přibližně dvě třetiny sester pocítují psychickou zátěž stupně 1. Můžeme říci, že každá třetí sestra pocítuje vyšší stupeň psychické zátěže než 1, což není zrovna zanedbatelné množství. Tento výsledek koreluje i s výzkumem Moniky Setničkové, která v roce 2010 zkoumala psychickou zátěž na interních a chirurgických odděleních v nemocnici Motol. (55, s. 89)

V dalším předpokladu (č. 2) jsem se domnívala, že sestry z interních oddělení budou dosahovat vyššího stupně psychické zátěže než sestry z chirurgických oddělení. Tento předpoklad se potvrdil. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry z interního oddělení dosahovaly průměrně vyšších hodnot psychické zátěže. Což může mít původ v poskytování specifické ošetrovatelské péče na základě oborové rozlišnosti.

V předpokladu č. 3 se domnívám, že sestry do 30 let budou mít průměrně vyšší stupeň zátěže než jejich kolegyně nad 30 let. Tento předpoklad se potvrdil. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že s přibývajícím věkem sester ubývá jejich psychická zátěž. Předpoklad č. 3 souvisí s předpokladem č. 4., v rámci, kterého jsem zjišťovala, zda sestry pracující na oddělení méně než 10 let, budou mít vyšší stupeň zátěže než sestry s delší praxí. Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sestry s praxí kratší než 10 let dosahují vyšší hodnoty psychické zátěže než jejich kolegyně s delší praxí.

Tento výsledek koreluje se výzkumným šetřením prováděným u slovenských sester. Gurková a Macejková zjistily, u sester signifikantní negativní korelaci tzn., že s roky praxe klesá psychická zátěž. Autorky se domnívají, že tento jev je způsoben neúplnou adaptací a ztotožnění se se svou prací. (56, s. 326 – 334)

Pátým cílem bylo zjistit nejvíce zatěžující vlivy v ošetrovatelské praxi. Pro tento cíl jsem zvolila předpoklad: Předpokládám, že se na interních a chirurgických odděleních budou lišit nejvíce zatěžující vlivy. Tento výzkumný předpoklad se potvrdil.

V prvním nejvíce zatěžujícím vlivu – péče o nespolupracujícího a agresivního pacienta se sestry z chirurgických a interních oddělení shodují. Shodují se i v případě druhého nejvíce zatěžujícím vlivu – nízkém finančním ohodnocení. Rozdíl v hodnocení nastává pouze u třetího nejvíce zatěžujícího vlivu, kdy sestry z chirurgických oddělení zvolily nevyhovující prostory a vybavení zatím co sestry z interních oddělení více zatěžuje vysoká odpovědnost.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak psychická zátěž působí na sestry. Na základě výzkumného šetření můžeme uvést, že psychická zátěž sester u 70,2 % sester dosahuje 1. stupně, tedy zátěže, při níž se nepředpokládá ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti. Druhý stupeň psychické zátěže se vyskytuje u 20,2 % a představuje zátěž, při níž pravidelně dochází k dočasnému ovlivňování subjektivního stavu, nebo výkonnosti. U 9,6 % sester byl vyhodnocen stupeň zátěže 3, který je popisován jako zátěž, při níž nelze vyloučit rizika ovlivňující zdraví. (43, s. 41, 42)

Z výzkumu dále vyplývá, že s rostoucí zátěží dochází k četnějším projevům negativních pocitů - nelibosti, podrážděnosti a nespokojenosti, které se mohou promítat do každodenní práce sestry a ovlivňovat kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala psychické zátěži všeobecných sester. V teoretické části bakalářské práce jsem shrnula povolání všeobecné sestry, problematiku psychické zátěže, stresu a syndromu vyhoření.

V praktické části jsem vyhodnotila výsledky dotazníkového šetření, které jsem prováděla na chirurgických a interních odděleních. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak psychická zátěž působí na sestry. Pro splnění hlavního cíle bylo stanoveno 5 dílčích cílů.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že sestry dosahují prvního stupně psychického zatížení. Vyšší hodnota psychického zatížení byla zjištěna u sester na interních odděleních. Dále byla zjištěna souvislost mezi psychickou zátěží, typem oddělení, věkem a počtem odpracovaných let sester.

Jako nejvíce zatěžující faktory uvádí sestry péči o nespolupracujícího a agresivního pacienta, nízké finanční ohodnocení a vysokou odpovědnost.

Na žádost staničních sester byla vypracována přehledná brožura s výsledky výzkumného šetření. Z šetření vyplynulo, že sestry nejvíce zatěžuje péče o nespolupracujícího a agresivního pacienta, proto navrhuji uskutečnit školicí akci za účelem rozšíření vědomostí o této problematice.

Doporučuji se zaměřit na příčinu, projevy a zvýšení kvality komunikačních dovedností s agresivním pacientem. Tato školicí akce by měla vést ke snížení psychického diskomfortu sester v oblasti péče o agresivního a nespolupracujícího pacienta.

LITERATURA A PRAMENY

1. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon: 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: Sbírka zákonů České republiky, Předpis č. 96/2004 Sb. [cit. 2014-08-23] Dostupné z:
[file:///C:/Users/Andrea/Downloads/96_2004_Sb_v20120401%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Andrea/Downloads/96_2004_Sb_v20120401%20(1).pdf)
2. ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška: o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky, Předpis č. 55/2011 Sb. [cit. 2014-08-23]. Dostupné z:
file:///C:/Users/Andrea/Downloads/55_2011_Sb_v20110314.pdf
3. ČESKÁ REPUBLIKA, MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Národní soustava povolání. *Všeobecná sestra*. [Online] 2008. [Cit. 20. 8 2014.] Dostupné z:
http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?kod_sm1=12&id_jp=15050.
4. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1*. Osveta: Martin, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
5. VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., OLIVIERI, R. *Kompetence ve vzdělávání: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a praxi*. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-802-4717-708.
6. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. *Akademický slovník cizích slov: [A-Ž]*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0607-9
7. ENCYKLOPEDIÉ BOZP. *Psychická zátěž*. [Online] 2014. [Cit. 3. 10 2014.] Dostupné z:
http://ebozp.vubp.cz/wiki/index.php/Psychick%C3%A1_z%C3%A1t%C4%9B%C5%BE.
8. DRGÁČOVÁ, Jana. BOZPinfo. *Psychická zátěž, její příčiny a projevy v pracovním prostředí* [online]. 2006 [cit. 2014-08-23]. Dostupné z:
http://www.bozpinfo.cz/win/knihovnabozp/citarna/tema_tydne/psychozatez_vsb_06.ei ns.html
9. MAYEROVÁ, Marie. *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-716-9425-8.
10. MACHÁLKOVÁ, Lenka a další. Hodnocení tělesných charakteristik a fyzické zátěže. In: *Česká antropologie*. 2012, Sv. 62, 1., 24-29. ISSN1804-1876

11. ČESKÁ REPUBLIKA. Nařízení vlády: kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. In: 361/2007 Sb. 2007. Dostupné z:
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=361~2F2007&rpp=15#seznam>
12. EUROPÄISCHE NEXT-STUDIE: *Willkommen auf der Website der europäischen NEXT-Studie*. [online]. 2009. [cit. 2014-08-23]. Dostupné z: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php>
13. LANDECKÁ, I. *Zátěž u pomáhajících pracovníků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2010. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta pedagogická, Katedra psychologie a patopsychologie. Dostupné z:
<http://theses.cz/id/bj0dg6/79560-343109078.pdf>
14. BLAŽKOVÁ, V. Státní zdravotní ústav. *Psychická pracovní zátěž* [online] 2008. [cit. 2014-08-23]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez?highlightWords=z%C3%A1t%C4%9B%C5%BE>
15. ZAPLETAL, Jaroslav. *Obrana vojenského profesionála proti stresu*. Vyškov: Správa doktrín Ředitelství výcviku a doktrín, 2006.
16. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-802-4741-390.
17. KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-802-4738-758.
18. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4729-596.
19. MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4730-073.
20. TOŠNER, J. a TOŠNEROVÁ, T. Burn-out syndrom. In: Aronová a kol. *Texty k personálnímu řízení v neziskové organizaci*. Praha: AGNES, 2008. ISBN 978-80-903696-3-4.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4731-742.
22. HOLEČEK, V., MIŇHOVÁ, J., PRUNNER, P.. *Psychologie pro právníky*. 2. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2007. ISBN 978-807-3800-659.
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada - Avicenum, 1994. ISBN 80-716-9121-6.
24. ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2.vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8640-3.

25. TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
26. FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4727-370.
27. JONES, J., MOORHOUSE A. *Jak získat psychickou odolnost: strategie vítězů, které změni váš pracovní výkon*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3022-6.
28. THE AMERICAN INSTITUTE OF STRESS. *The American Institute of Stress: What is Stress?* [online], 2011 [cit. 2014-08-26]. Dostupné z: <http://www.stress.org/>
29. BEDRNOVÁ, Eva. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-716-8681-6.
30. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-807-1788-027.
31. DIMUNOVÁ, Lucie. *Výskyt syndromu vyhoření u sester na Slovensku*. Sestra. roč. 2009. ISSN 1210-0404.
32. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Stres na pracovišti - možnost prevence*. [online] 2010, [cit. 2014-09-19]. Dostupné na WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9134/Zaverecna_zprava_STRES_2009_a_prilohy.pdf
33. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-869-9174-1.
34. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3675-684.
35. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8735-3.
36. RAUDENSKÁ J., JAVŮRKOVÁ A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4722-238.
37. KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření: informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, ISBN 80-707-1231-7.
38. ROZSYPALOVÁ M., SVOBODOVÁ H., ZVONÍČKOVÁ M.. *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1503-1.
39. VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4738-291.

40. DAVIES, William. *Jak překonat vztek a podrážděnost: zachovejte chladnou hlavu*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4750-996.
41. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4736-259.
42. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4738-710.
43. HLADKÝ A., ŽIDKOVÁ Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum, 1999, ISBN 80-718-4890-5.
44. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
45. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'stvo teória*. 3.vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-322-6
46. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4747-323.
47. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.
48. VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. V Praze: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.
49. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ I. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4735-573.
50. MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-802-4613-048.
51. ČERVENÁ, V. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost: s dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*. 2.vyd. Praha: Academia, 1998. ISBN 8020004939
52. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.
53. BRUNERO, SCOTT, a kol. *Stress Management for Nurses*. Camperdown : New South Wales Nurses' Association, 2006. ISBN: 0-646-45849-3.
54. VČELÁK, Petr. Studijní materiály. *Informatika a výpočetní technika*. [Online] 20. únor 2012. [Citace: 20. červenec 2014.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.

55. SETNIČKOVÁ, Monika. *Psychická pracovní zátěž vybrané skupiny všeobecných sester*. Praha, 2011. 108 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. LF, Ústav ošetrovatelství.
56. GURKOVÁ, Elena, MACEJKOVÁ, Slávka. *Psychická zátěž a depresívna symptomatológia u sestier*. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity, 2012, roč. 3, 1/2012. ISSN 1804-2740.

SEZNAM ZKRATEK

ČAS Česká asociace sester

BOZP Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

NEXT The European Nurses' Early Exit Study

GAS General Adaptation syndrom

CRH..... Kortikotropin releasing hormon

ACTH..... Adrenokortikotropní hormon

TBC Tuberkulóza

NSWNMA..... New South Wales Nurses' Association

MBI..... New South Wales Nurses' Association

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Pohlaví.....	50
Graf 2 – Věk	51
Graf 3 – Odpracované roky	52
Graf 4 – Dosažené vzdělání	53
Graf 5 – Oddělení	54
Graf 6 – Spokojenost s povoláním	55
Graf 7 – Znovuzvolení povolání.....	56
Graf 8 – Negativní pocity při práci.....	57
Graf 9 – Problematika psychické zátěže.....	58
Graf 10 – Stupně psychické zátěže.....	59
Graf 11 – Vyhodnocení dle faktorů	60
Graf 12 – Psychická zátěž dle oddělení.....	61
Graf 13 – Psychická zátěž dle věku.....	62
Graf 14 – Psychická zátěž dle věku 2.....	63
Graf 15 – Psychická zátěž dle odpracovaných let	64
Graf 16 – Psychická zátěž dle odpracovaných let 2	65
Graf 17 – Nejvíce zatěžující vlivy	66
Graf 18 – Nejvíce zatěžující vlivy na chirurgických a interních odděleních	67

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Stresové reakce

Obrázek 2: Stresory

Obrázek 3: Projevy stresu

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: 50 Common signs and symptoms of stress.

Příloha 2: Působení stresu na sestru.

Příloha 3: 10 věcí, které by měla sestra dělat.

Příloha 4: Jak se vyhnout syndromu vyhoření?

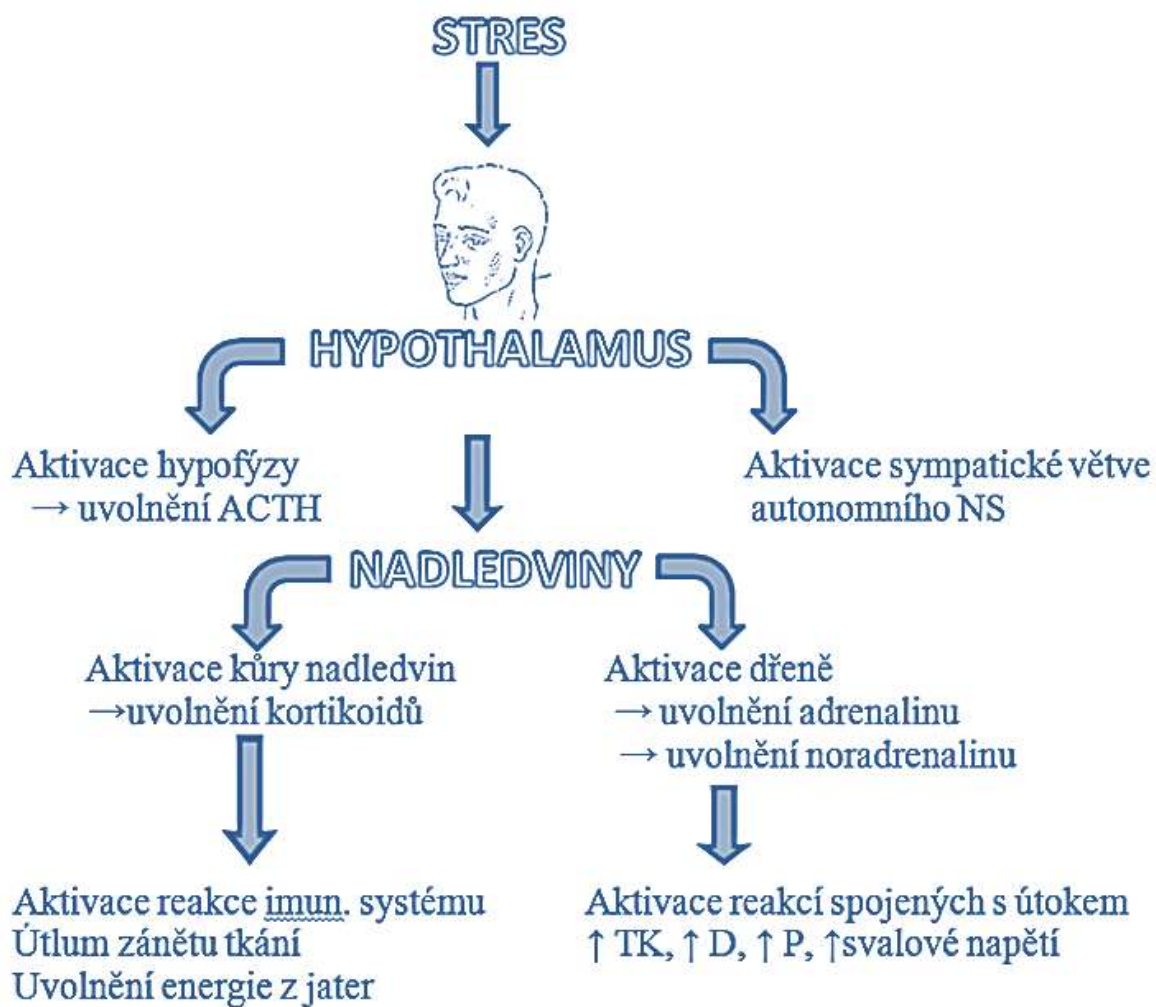
Příloha 5: Dotazník

Příloha 6: Žádost o umožnění dotazníkového šetření v souvislosti s bakalářskou prací.

Příloha 7: Brožura

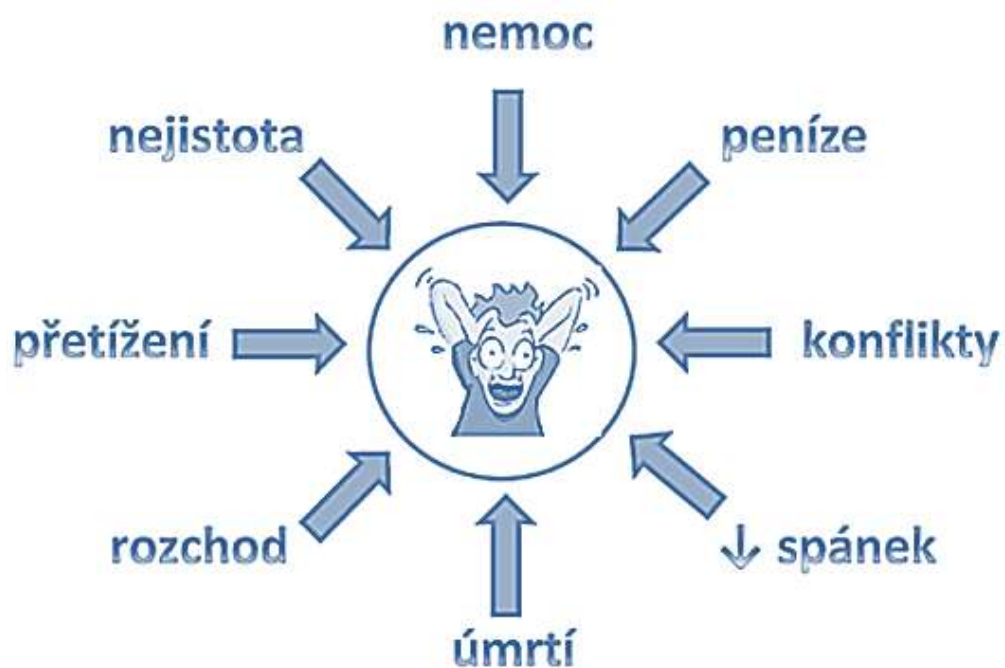
Příloha 8: Letáček

OBRÁZEK 1: STRESOVÉ REAKCE



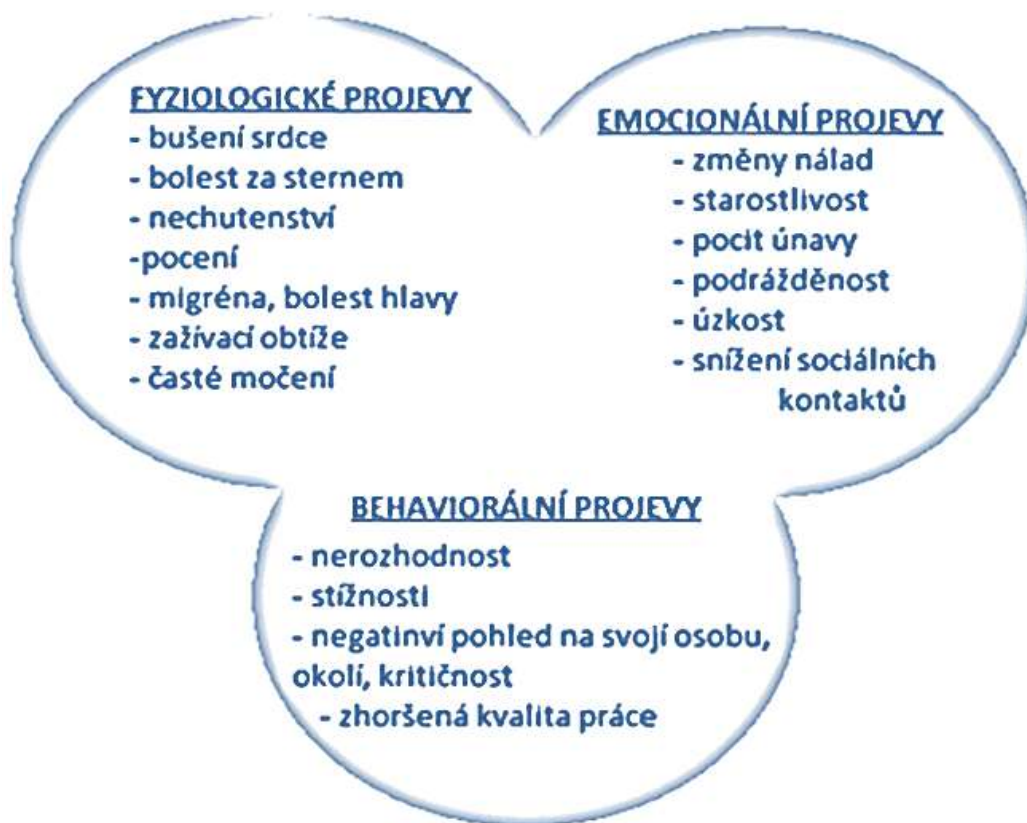
Zdroj: převzato z (21, s. 55)

OBRÁZEK 2: STRESORY



Zdroj: vlastní tvorba

OBRÁZEK 3: PROJEVY STRESU



Zdroj: vlastní tvorba

PŘÍLOHA 1: 50 COMMON SIGNS AND SYMPTOMS OF STRESS.

50 COMMON SIGNS AND SYMPTOMS OF STRESS

1. Frequent headaches, jaw clenching or pain
2. Gritting, grinding teeth
3. Stuttering or stammering
4. Tremors, trembling of lips, hands
5. Neck ache, back pain, muscle spasms
6. Light headedness, faintness, dizziness
7. Ringing, buzzing or "popping sounds"
8. Frequent blushing, sweating
9. Cold or sweaty hands, feet
10. Dry mouth, problems swallowing
11. Frequent colds, infections, herpes sores
12. Rashes, itching, hives, "goose bumps"
13. Unexplained or frequent "allergy" attacks
14. Heartburn, stomach pain, nausea
15. Excess belching, flatulence
16. Constipation, diarrhea, loss of control
17. Difficulty breathing, frequent sighing
18. Sudden attacks of life threatening panic
19. Chest pain, palpitations, rapid pulse
20. Frequent urination
21. Diminished sexual desire or performance
22. Excess anxiety, worry, guilt, nervousness
23. Increased anger, frustration, hostility
24. Depression, frequent or wild mood swings
25. Increased or decreased appetite
26. Insomnia, nightmares, disturbing dreams
27. Difficulty concentrating, racing thoughts
28. Trouble learning new information
29. Forgetfulness, disorganization, confusion
30. Difficulty in making decisions
31. Feeling overloaded or overwhelmed
32. Frequent crying spells or suicidal thoughts
33. Feelings of loneliness or worthlessness
34. Little interest in appearance, punctuality
35. Nervous habits, fidgeting, feet tapping
36. Increased frustration, irritability, edginess
37. Overreaction to petty annoyances
38. Increased number of minor accidents
39. Obsessive or compulsive behavior
40. Reduced work efficiency or productivity
41. Lies or excuses to cover up poor work
42. Rapid or mumbled speech
43. Excessive defensiveness or suspiciousness
44. Problems in communication, sharing
45. Social withdrawal and isolation
46. Constant tiredness, weakness, fatigue
47. Frequent use of over-the-counter drugs
48. Weight gain or loss without diet
49. Increased smoking, alcohol or drug use
50. Excessive gambling or impulse buying

Zdroj: převzato z (28)

PŘÍLOHA 2: PŮSOBENÍ STRESU NA SESTRU

POZNÁVACÍ OBLAST (MYŠLENKY, PŘEDSTAVY)		
Charakteristika	Projevy	Možné důsledky stresu
Koncentrace a pozornost	Zhoršená koncentrace na činnost. Snížení pozornosti.	Dopouštění se chyb a omylů. Chybné podání léků. Chybné zápisy v dokumentaci. Chybné označení místa zákroku. Přehlédnutí alergií.
Paměť	Krátkodobá a dlouhodobá paměť je zhoršená.	Zapomenuté zápisy v dokumentaci. Vynechávání pravidelných kontrol pacientů například po operaci. Nepodání léků pacientu po příjezdu z vyšetření. Nenahlášení stížností, zhoršení stavu pacienta.
Rychlost reakcí	Chybné, nepředvídatelné řešení problému, které vyžadují rychlou reakci.	Nedodržení postupů při zhoršení stavu pacienta (př. Zvracení, resuscitace).
Analýza současných a budoucích situací	Chybné vyhodnocení a analyzování situací.	Neadekvátní vyhodnocení stavu pacienta. Prevence komplikací. Psychická iatropatogenie tj. negativní působení slova například podání klamné informace.
Logika a organizace myšlenkových pochodů	Nelogičnost v uspořádání myšlenkových pochodů a vzorců.	Neefektivní organizace práce. Opakování činnosti vícekrát.

CITOVÁ OBLAST (POCITY, EMOCE)		
Charakteristika	Projevy	Možné důsledky stresu
Nervozita	Nedostatek duševního a tělesného odpočinku	Chyby v péči o pacienta, nesoustředěnost, roztřákanost.
Hypochondrie	Strach z nových nemocí a jejich vyhledávání.	Záměrné, neúmyslné vyhýbání se kontaktu s nemocným pacientem.
Charakteristické rysy osobnosti	Autoritářství, nedostatek ohledu a pochopení, netolerance, netrpělivost.	Kladení zbytečně vysokých nároků na pacienta. Nedostatek času věnovaný pacientovi. Devalvace, ponižování pacienta
Morálka	Nedodržování morálních a etických kodexů. Nedostatek sebeovládání.	Ponižování pacienta. Porušení mlčenlivosti.
Deprese a skleslost	Depresivní naladění, skleslost. Negativní postoj k životu.	Přenášení negativní nálady na pacienta. Morbidní a nevhodné poznámky. Sebrání naděje, limitování času pacienta.
Sebehodnocení	Podceňování, pocit méněcennosti.	Projevy nejistoty a ztráta důvěry pacienta.

SOCIÁLNÍ OBLAST (VZTAHY, CHOVÁNÍ)		
Charakteristika	Projevy	Možné důsledky stresu
Řeč	Poruchy řeči. Vedení nesouvislého projevu.	Chybné porozumění pacienta. Chybná komunikace mezi pacientem a sestrou.
Zájmy	Ztráta oblíbených aktivit.	Frustrace sestry. Konflikty s pacientem a personálem.
Absence	Častá absence v práci	Neposkytnutí komplexní péče.
Energie	Nedostatek energie	Kolaps na pracovišti. Nezájem o práci. Nízké pracovní nasazení.
Spánek	Nárůst nespavosti. Spánková deprivace	Nesoustředěnost. Roztěkanost. Neschopnost vykonávat činnosti.
Vztahy	Konflikty, podezírání, podceňování	Konflikty s personálem i pacientem. Nedůvěra a devalvace pacienta
Změny v chování	Objevují se „tiky“ a neobvyklé reakce.	Činnosti v časové tísní.
Sebevražda	Suicidální myšlenky a tendence.	Omezení komunikace.
Povzbuzující prostředky	Konzumace návykových látek	Chyby při práci. Riziko poškození pacienta.

Zdroj: převzato z (15, s. 51-52)

PŘÍLOHA 3: 10 VĚCÍ, KTERÉ BY MĚLA SESTRA DĚLAT

10 things every nurse should do

Although we cannot avoid stress, we can learn to deal with it efficiently, adjust and live with it, rather than letting stress overwhelm us and effect our quality of life.

Try to:

1. Keep things in perspective, prioritise
2. Share your worries with family and friends
3. Increased knowledge helps to alleviate fears – clear up any misconceptions and give yourself the tools and resources to cope.
4. Don't be too hard on yourself
5. Worry does not solve anything, try to confront your problems and make plans to solve them.
6. Set realistic goals
7. Exercise regularly and eat healthily
8. Practice relaxation techniques
9. Have fun with your family and friends, think positive and enjoy new experiences
10. Remember: it is normal to have setbacks – they can be overcome.

Zdroj: převzato z (53, s. 29)

PŘÍLOHA 4: JAK SE VYHNOUT SYNDROMU VYHOŘENÍ?

1. Snižte příliš vysoké nároky. Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující.
2. Nepropadejte syndromu pomocníka. Vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybujte se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.
3. Naučte se říkat NE. Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás nakládáno příliš. Myslete někdy také na sebe.
4. Stanovte si priority. Nemusíte být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberte jako podstatné.
5. Dobrý plán ušetří polovinu času. Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.
6. Dělejte přestávky. Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.
7. Vyjadřujte otevřeně své pocity. Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého.
8. Hledejte emocionální podporu. Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vylíčit svoje problémy.
9. Hledejte věcnou podporu. Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si se vším hlavu sám. Pohovořte si s kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a o návrhy na řešení.
10. Vyvarujte se negativního myšlení. Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mně dobrého?“ Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte všechno, co podle vás má v životě nějakou hodnotu.

11. Předcházejte komunikačním problémům. Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům, i výhrůžkám.

12. V kritických okamžicích zachovejte rozvahu. V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.

13. Následná konstruktivní analýza. Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhněte alternativy řešení. Zapojte do rozboru kolegyně a kolegy.

14. Doplnujte energii. Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku... Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.

15. Vyhledávejte věcné výzvy. Buďte otevření novým zkušenostem, dále se učte a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.

16. Využívejte nabídek pomoci. Jestliže máte pocit že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřízených supervizi vaší práce.

17. Zajímejte se o své zdraví. Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.

Zdroj: převzato z (20, s. 97 - 99)

PŘÍLOHA 5: DOTAZNÍK

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Andrea Hrkalová a studuji na Západočeské univerzitě v Plzni obor Všeobecná sestra a chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku k mé bakalářské práci, na téma „Psychická zátěž všeobecné sestry“.

Dotazník se skládá z nestandardizovaného a Meisterova dotazníku a cílem mé práce je vyhodnotit psychickou zátěž sester.

Údaje tohoto dotazníku jsou zcela anonymní, a proto bych Vás chtěla požádat o pravdivé vyplnění celého dotazníku. Dotazníky budou sloužit pouze jako podklad pro mé bakalářskou práci.

Předem děkuji za Vaši spolupráci a čas.

Andrea Hrkalová

1) Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

2) Kolik je vám let?

- a) 18 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 a více

3) Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0 – 10
- b) 11 – 20
- c) 21 – 30
- d) 31 – 40
- e) 41 a více

4) Vaše vzdělání je:

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) VŠ – Bc.
- d) VŠ – Mgr.
- e) Jiné.....

5) Na jakém pracujete oddělení

- a) Chirurgie
- b) Chirurgie JIP
- c) Interna
- d) Interna JIP
- e) Jiné.....

6) Se svým povoláním jsem:

- a) Velmi spokojen/á
- b) Spokojen/á
- c) Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d) Nespokojen/á
- e) Velmi nespokojen/á

7) Zvolil/a byste si toto povolání znovu?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

8) Pociťujete při výkonu své práce negativní pocity? (nelibost, podrážděnost či nespokojenost)

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

9) Psychická zátěž je:

- a) je emoční stav definován jako subjektivní pocit velké radosti, štěstí a tělesné či psychické pohody.
- b) proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky pracovního prostředí, včetně společenských vazeb, situací a požadavků na zpracování informací.
- c) zátěž při dynamické fyzické práci vykonávané velkými svalovými skupinami, při které je zatěžováno více než 50% svalové hmoty
- d) je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organismu.

10) Psychická zátěž není zapříčiněna:

- a) Řešením osobních problémů, pocitem bezmoci, neschopnosti splnit uložené úkoly, konflikty na pracovišti.
- b) Pracovním vypětím, horkem, chladem, hlukem, prašností, prací s jedy a jinými škodlivinami.
- c) Tlakem na splnění úkolů v krátkém termínu, nedostatek různých pomůcek, prostředků, personálu.
- d) Dlouhodobým nárůstem problémů a nemožnosti uspokojit své potřeby.

11) Projevem psychické zátěže je:

- a) nelibost, podrážděnost, nespokojenost
- b) dobrá nálada a životní optimismus.
- c) sebeovládání a vytrvalost.
- d) motivace

12) U každé otázky označte odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

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

a.	Při práci mívám často pocit časového tlaku.	5	4	3	2	1
b.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	5	4	3	2	1
c.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	5	4	3	2	1
d.	Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.	5	4	3	2	1
e.	V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.	5	4	3	2	1
f.	Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.	5	4	3	2	1
g.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.	5	4	3	2	1
h.	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.	5	4	3	2	1
i.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.	5	4	3	2	1
j.	Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností.	5	4	3	2	1

13) V následující tabulce prosím u každé otázky označte míru psychické zátěže, která vás vystihuje v dané pracovní situaci.

5 – pociťuji vysokou zátěž
4 – pociťuji vyšší zátěž
3 – pociťuji střední zátěž
2 – pociťuji mírnou zátěž
1 – nepociťuji žádnou zátěž

a.	Hygienická péče	5	4	3	2	1
b.	Péče o výživu	5	4	3	2	1
c.	Činnosti spojené s péčí o kůži a rány.	5	4	3	2	1
d.	Ošetrovatelské činnosti spojené s bolestí.	5	4	3	2	1
e.	Činnosti spojené podáváním léčivých přípravků.	5	4	3	2	1
f.	* Provádění specializovaných činností dle 55/2011 § 54 (Sestra pro intenzivní péči) * <i>vyplňují pouze sestry JIP</i>	5	4	3	2	1
g.	Monitoring pacienta	5	4	3	2	1
h.	Práce s přístroji (monitory, počítače, EKG)	5	4	3	2	1
i.	Mobilizace pacienta	5	4	3	2	1
j.	Příprava pacienta na operaci, vyšetření	5	4	3	2	1
k.	Péče o pacienta v terminálním stavu	5	4	3	2	1
l.	Péče o handicapovaného pacienta	5	4	3	2	1
m.	Péče o nespolupracujícího a agresivního pacienta	5	4	3	2	1
n.	Vysoká odpovědnost	5	4	3	2	1
o.	Časová tíseň	5	4	3	2	1
p.	Odklánění pozornosti z jednoho úkonu na druhý.	5	4	3	2	1
q.	Řešení konfliktních situací	5	4	3	2	1
r.	Komunikace	5	4	3	2	1
s.	Nedostatek informací o pacientovi	5	4	3	2	1
t.	Administrativa	5	4	3	2	1
u.	Práce v týmu	5	4	3	2	1
v.	Pracovní tempo	5	4	3	2	1
w.	Přesčas.	5	4	3	2	1
x.	Nedostatek personálu	5	4	3	2	1
y.	Nevyhovující prostory a vybavení	5	4	3	2	1
z.	Nutnost celoživotního vzdělávání	5	4	3	2	1
ž.	Nízké finanční ohodnocení	5	4	3	2	1

PŘÍLOHA 6: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V SOUVISLOSTI S BAKALÁŘSKOU PRACÍ

Vyplňuje: MĚSTSKÁ NEMOCNICE PLZEŇ, PRIVAMED A. S.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: *B. Martina Šimicová*

Tímto Souhlasím / ~~nesouhlasím~~ s provedením dotazníkového šetření na téma: Psychická zátěž všeobecných sester.

Datum

14. 12. 2014

Podpis a razítko



Vyplňuje: Oblastní nemocnice Příbram, a.s.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

Tímto Souhlasím / nesouhlasím s provedením dotazníkového šetření na téma: Psychická zátěž všeobecných sester.

EK prala na měšonu

dne 5.2. 2015

a nemá námitky k provedení

Datum

Podpis a razítko



Vyplňuje: MULAČOVA NEMOCNICE, S. R. O.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: Bc. Krňoulová Edita

Tímto Souhlasím / ~~nesouhlasím~~ s provedením dotazníkového šetření na téma: Psychická zátěž všeobecných sester.

Datum 13.2.2015

Podpis a razítko



MULAČOVA NEMOCNICE s.r.o.
320 02 PLZEŇ, Dvořákova ul. 17
IČO: 252 02 189
tel.: 377 673 417
fax: 377 375 055



PŘÍLOHA 7: Brožura



Psychická zátěž všeobecné sestry

Andrea Hrkalová

Obsah

1. Úvod.....	1
2. Co je to psychická zátěž?	2
3. Psychická zátěž - psychický stres – syndrom vyhoření.....	3
4. Projev psychické zátěže	5
5. Psychická zátěž sestry	7
6. Zatěžující vlivy v ošetrovatelské praxi	11
7. Závěr.....	13
8. Zdroje	14

1. Úvod

Na všeobecnou sestru jsou kladeny čím dál větší nároky a požadavky. Pacient od sestry očekává nejen empatickou, milou a důvěryhodnou osobu, ale i vzdělanou profesionálku, která efektivně odvíjí svou práci, ve svém rozhodování se řídí rozumem, stanovami a zákonem. Sestra profesionálka musí pracovat rychle, kvalitně a efektivně. Ovládnutí moderních postupů a technologií jí nesmí být cizí. Pokrok výzkumu a vědy, zvyšující se požadavky na vzdělání a zrychlující se životní tempo.

Psychická zátěž ve zdravotnickém prostředí patří mezi faktory, které jsou sledovány a hodnoceny. Vyhláška č. 432 / 2003 Sb. stanovuje podmínky pro zařazení prací do čtyř kategorií. Tyto kategorie jsou stanoveny na základě výskytu škodlivých faktorů a ovlivňování zdraví jedince. Dle předpisu č. 361/2007 Sb. se při hodnocení psychické zátěže sleduje zdroj, okolnosti a vlivy vedoucí k jejímu vzniku. Mezi sledované oblasti psychické zátěže patří práce pod tlakem, vynucené pracovní tempo, jednotvárná pracovní činnost a pracovní podmínky.

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala psychické zátěži všeobecných sester a ráda bych Vás pomocí této brožury seznámila s výsledky výzkumného šetření.



2. Co je to psychická zátěž?

Sestra pracuje s člověkem, pečuje o jeho fyzickou i psychickou stránku a je mu oporou v náročných životních situacích. Dennodenně řeší situace spojené s nemocí, útrpením a bolestí. Na rozdíl od lékaře je sestra v neustálém kontaktu s pacientem, tím se zvyšují požadavky a nároky na její chování a vzdělání. Pacient v současné době vyžaduje vysoký standard poskytované péče. Na sestru jsou kladeny nároky nejen v oblasti zajišťování kvality ošetrovatelské péče, ale i vstřícného, empatického přístupu k pacientovi. Profese sestry je jednou z mála profesí, kde je uplatňován systém dvojího podřízení. Sestry jsou fizicky lékařem a sesterským managementem zároveň. Neustálé balancování mezi požadavky a nařizeními, zvládnutí fyzické zátěže (dlouhé stání, manipulace s pacientem) psychické zátěže (vysoká míra zodpovědnosti, soustředěnost a emoční vypětí).

V ošetrovatelské praxi se někdy sestra dostane do situací, kdy nemá připravené vhodné vzorce chování, k jejich zvládnutí. Pociťuje bezradnost, podrážděnost a nelibost. V tomto okamžiku na psychiku sestry působí tzv. psychická zátěž. Pokud tato zátěž přechází nebo dochází k neúplnému využití tzv. běžné adaptační kapacity, označujeme ji jako neoptimální zátěž neboli stres. Jako optimální je označována zátěž, kterou je jedinec schopen zvládnout pomocí standardních naučených algoritmů pro zvládnutí překážek.

Drgáčová 2006 popisuje psychickou zátěž jako „proces psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí, přičemž prostředím se rozumí vše, co člověka obklopuje včetně společenských vztahů, událostí a požadavků na zpracování informací, kladoucích nároky na psychické procesy, zejména na pozornost, paměť, představitivost, myšlení a rozhodování“ (1)

3. Psychická zátěž - psychický stres - syndrom vyhoření

Pojmy jako psychická zátěž, psychický stres a syndrom vyhoření se stále více dostávají do našeho povědomí. Psychický stres je specifická část psychické zátěže a nastává, pokud dojde k překročení adaptační kapacity jedince. V důsledku dlouhodobého působení stresu pak vzniká syndrom vyhoření.

„Psychická zátěž je tvořena komplexní činností člověka, na níž se účastní veškeré psychické procesy, tj. senzorické vnímání, paměť, představy, fantazie, hodnocení, myšlení, rozhodování, řešení problémů, motivace a emoce. Projevem psychické zátěže je nelibost, iritace, nespokojenost.“

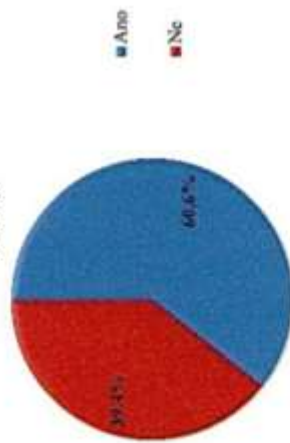
„Psychický stres je kategorií subjektivní, která je vytvářena prožíváním a hodnocením skutečnosti a spoluvytvářena představami, očekáváním a fantazii. Jako psychický stres je označováno prožívání člověka, které vzniká interakcí tří prvků: vnímané nároky, vnímaná schopnost je zvládnout a vnímaná důležitost tohoto zvládnutí. Projevem psychického stresu jsou obavy, strach, rozčilení, vztek, nervozita, úzkost, deprese, zmatenost, vyhoření (burnout). Důsledkem psychického stresu mohou být chybné výkony a psychosomatická, somatická nebo psychická onemocnění.“ (2, s. 22, 23)

Zátěž je definována jako obecná kategorie, zatím co stres chápeme jako specifickou zátěž, při níž dochází k překročení hranice běžné adaptační kapacity. Dalším rozdílem mezi zátěží a stresem je proces jejich vzniku. Na vzniku zátěže se podílí psychické procesy, zatímco stres vzniká v důsledku interakcí tří prvků (vnímané nároky, vnímaná schopnost a vnímaná důležitost zvládnutí). Na základě projevů a důsledků, lze popsat další rozdíly. Projevem psychické zátěže je nelibost, iritace (tzn. podrážděnost) a nespokojenost. Projevem stresu jsou obavy, strach, rozčilení, vztek, nervozita, úzkost, deprese a zmatenost. Při překročení běžné adaptační kapacity zátěž dochází ke stresu. V důsledku psychického stresu

dochází k rozvoji syndromu vyhoření a psychosomatických, somatických či psychických onemocnění. (2, s. 22, 23)

Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom je psychosomatické onemocnění projevující se souborem symptomů a příznaků, v jejichž důsledku dochází k oslabení psychického stavu člověka a vyčerpání organismu. Syndrom vyhoření vzniká v důsledku nadměrných psychických a emočních nátlaků.

Mají sestry povědomí o problematice psychické zátěže?



Zdroj: vlastní

Z výzkumu vyplývá, že přibližně dvě třetiny sester má povědomí o problematice psychické zátěže. Správně znalostní otázky odpovědělo 63 (60,6%) sester a 41 (39,4%) jich odpovědělo minimálně na jednu ze tří položených otázek špatně.

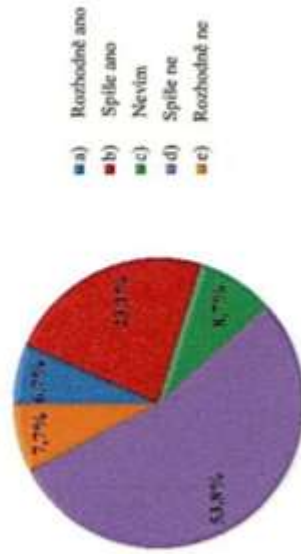
4. Projev psychické zátěže

Důsledkem psychického zatížení se u sestry projevuje neklidnost, iritace či nespokojenost. Neklidnost nastává jako důsledek vnímání pocitu neshody mezi vnímanou skutečností a očekáváním. Iritace je negativní reakce na danou situaci. Je to umírněnější reakce projevující se spíše verbálně než fyzicky. Nespokojenost nastává při vnímání diskrepance mezi individuálními hodnotami a aktuálními životními podmínkami. (3, s. 62), (4, s. 17, 20)

V dotazníkovém šetření jsem se také zajímala, zda sestry při výkonu své profese pocítují negativní pocity (neklidnost, podrážděnost, nespokojenost). Více jak polovina 64 (61,5%) sester uvádí, že při výkonu svého povolání tyto pocity nemá. Kladnou odpověď a tedy potvrzení výskytu negativních pocitů zvolilo 31 (29,8%) sester. Pomocí Meisterovy metodiky jsem vyhodnotila stupeň psychického zatížení pro obě skupiny sester. Souvislost psychické zátěže a negativních pocitů se mi potvrdila. Sestry pocítující negativní pocity dosahují vyšších hodnot psychické zátěže, výslednou hodnotou 23 spadají do 2. stupně psychické. Sestry bez projevu negativních pocitů se řadí do 1. stupně psychické zátěže s výslednou hodnotou zátěže 13.



Pocítují sestry negativní pocity při práci?



Zdroj: vlastní

5. Psychická zátěž sestřer

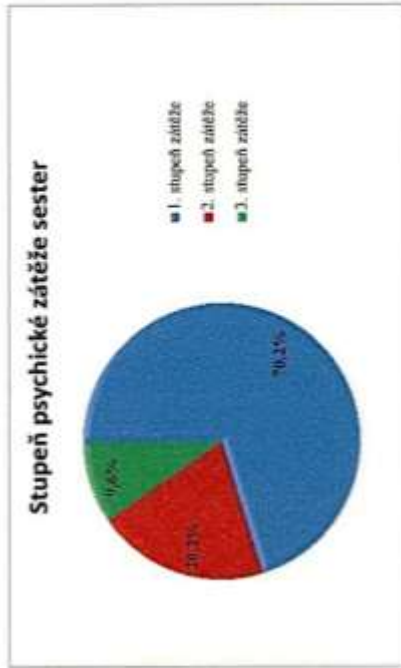
Psychická zátěž ve zdravotnickém prostředí patří mezi faktory, které jsou sledovány a hodnoceny. Dle předpisu č. 361/2007 Sb. se při hodnocení psychické zátěže sleduje zdroj, okolnosti a vlivy vedoucí k jejímu vzniku. Mezi sledované oblasti psychické zátěže patří práce pod tlakem, vynucené pracovní tempo, jednotlivá pracovní činnost a pracovní podmínky.

W. Meister sestavil dotazník, který slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. V rámci tohoto dotazníku klasifikoval zátěž pomocí tří úrovní. První úroveň popisuje jako zátěž, při níž se nepředpokládá ovlivnění zdraví ani subjektivního stavu a výkonnosti jedince. Druhá úroveň představuje zátěž, při níž pravidelně dochází k dočasnému ovlivňování subjektivního stavu, nebo výkonnosti a třetí úroveň popisuje Meister jako zátěž, při níž nelze vyloučit rizika. (5, s. 41,42)

Zjišťovala jsem stupeň psychické zátěže sestřer a hodnotu psychické zátěže v souvislosti s oddělením, věkem a odpracovanými roky. Průměrná psychická zátěž u sestřer dosahuje stupně 1, tedy zátěže, při níž se nepředpokládá ovlivnění zdraví ani subjektivního stavu a výkonnosti jedince a vyšší zatížení je prokázáno u sestřer z interních oddělení.

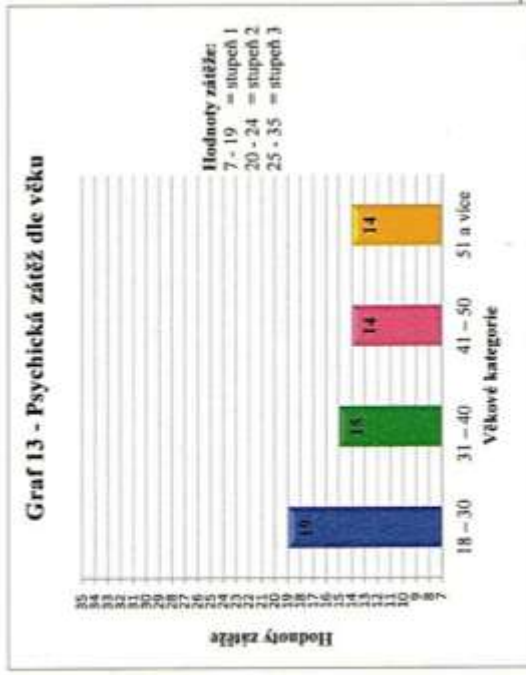
Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že s přibývajícím věkem a počtem odpracovaných let sestřer ubývá psychická zátěž. Tento výsledek koreluje se výzkumným šetřením prováděným u slovenských sestřer. Gurková a Mláčeková zjistily, u sestřer signifikantní negativní korelaci tzn., že s roky praxe klesá psychická zátěž. Autorky se domnívají, že tento jev je způsoben neúplnou adaptací a ztotožněním se se svou prací. (6, s. 326 – 334)





Zdroj: vlastní

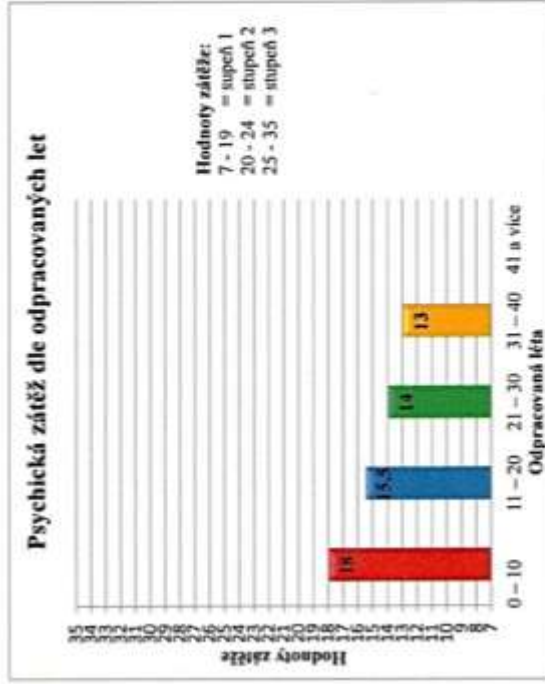
1. stupeň zátěže - zátěž, při níž se nepředpokládá ovlivnění zdraví ani subjektivního stavu a výkonnosti jedince.
2. stupeň zátěže - zátěž, při níž pravidelně dochází k dočasnému ovlivňování subjektivního stavu, nebo výkonnosti.
3. stupeň zátěže - zátěž, při níž nelze vyloučit rizika.



Zdroj: vlastní

Uvedený sloupcový diagram na základě vyhodnocení Meisterova dotazníku porovnává míru psychické zátěže u sester dle věkových kategorií. Na diagramu můžeme pozorovat sestupnou tendenci psychické zátěže v závislosti s přibývajícím věkem respondentů. Žádná věková kategorie nepřekročila hranici prvního stupně psychické zátěže. Respondenti ve věku 18 – 30 let dosahují horní hraniční hodnoty pro 1. stupeň psychické zátěže. U věkové kategorie 31 – 40 let hodnota psychické zátěže 15. Poslední dvě věkové kategorie 41 – 50 a 51 a více let dosahují stejných hodnot psychické zátěže.





Zdroj: vlastní

Uvedený sloupcový diagram na základě vyhodnocení Meisterova dotazníku porovnává míru psychické zátěže u sester dle délky odpracovaných let ve zdravotnictví. Na diagramu můžeme pozorovat sestupnou tendenci psychické zátěže v závislosti na délce odpracovaných let. Psychická zátěž na základě odpracovaných let nepřekročila horní hranici stupně 1. Nejvíce se horní hranici přiblížily sestry s délkou praxe do 10 let a to hodnotou zátěže 18. Druhou nejvyšší hodnotu psychické zátěže 15,5 měli sestry, pracující ve zdravotnictví 10 – 20 let. Za nimi následují respondenti s délkou praxe 21 - 30 let, kterým byla vypočtena hodnota psychické zátěže 14. Nejmenší hodnota psychické zátěže 13 byla zjištěna u sester s praxí v rozmezí 31 – 40 let. Žádná z uvedených respondentek neuvádí 41 a více odpracovaných let, proto nemá v grafu žádné zastoupení.



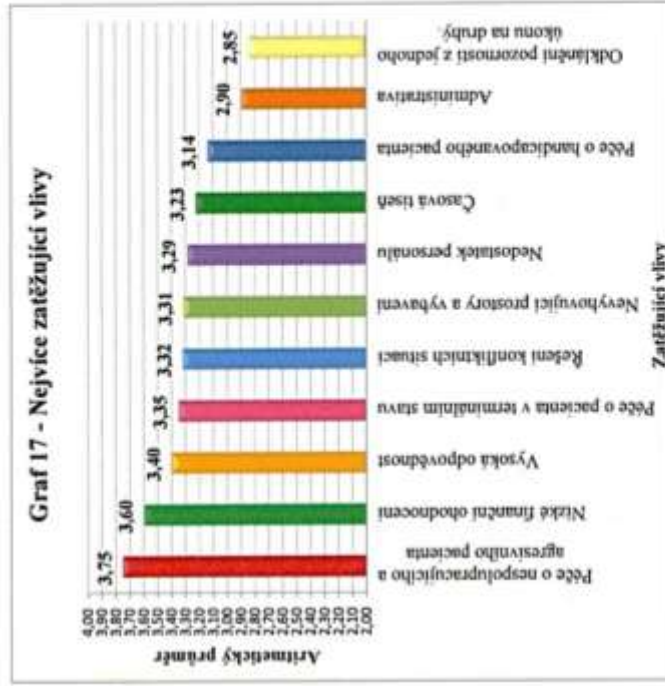
6. Zatěžující vlivy v ošetrovatelské praxi

Sestra se ve své profesi často setkává s různými zátěžemi, s nimiž se musí vyrovnat. Nadměrná zátěž je příčinou chyb, špatných rozhodnutí či pracovních úrazů.

V dotazníku je shrnuto 27 literaturou nejčastěji udávaných psychicky zatěžujících vlivů v ošetrovatelské praxi. Sestry u každé položky označovaly míru psychické zátěže, která je vystihuje. Tyto položky jsem pak vyhodnotila pomocí aritmetických průměrů. Jako nejvíce zatěžující vliv je u sester na chirurgických a interních odděleních shodně hodnocena péče o nespolupracujícího a agresivního pacienta.



Graf 17 - Nejvíce zatěžující vlivy



Zdroj: vlastní

7. Závěr

Výzkumné šetření jsem prováděla na chirurgických a interních odděleních a zúčastnilo se ho celkem 104 respondentů.

Hlavním cílem tohoto šetření bylo zjistit, jak psychická zátěž působí na sestry. Z výzkumného šetření vyplynulo, že více jak polovina sester je se svým povoláním spokojená a zvolila by si ho znovu. Zjistila jsem souvislost mezi psychickou zátěží sester, typem oddělení, věkem a počtem odpracovaných let.

Z výzkumu dále vyplývá, že s rostoucí zátěží dochází k čtenějším projevům negativních pocitů - nelibosti, podrážděnosti a nespokojenosti, které se mohou promítnat do každodenní práce sestry a ovlivňovat kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Jako nejvíce zatěžující faktory uvádí sestry péči o nespolupracujícího a agresivního pacienta, nízké finanční ohodnocení a vysokou odpovědnost. Na základě tohoto zjištění navrhuji uskutečnit školicí akci za účelem rozšíření vědomostí o této problematice. Doporučuji se zaměřit na příčinu, projevy a zvýšení kvality komunikačních dovedností s agresivním pacientem.

8. Zdroje

1. DRGÁČOVÁ, Jana. BOZPinfo. Psychická zátěž, její příčiny a projevy v pracovním prostředí [online]. 2006 [cit. 2014-08-23]. Dostupné z: http://www.bozpinfo.cz/win/knihovna/bozp/citarna/tema_tydne/psychozatez_vsb_06.eins.html
2. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Stres na pracovišti - možnost prevence. [online] 2010, [cit. 2014-09-19]. Dostupné na WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9134/Zaverecna_zprava_STRES_2009_a_priklady.pdf
3. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4736-259.
4. DAVIES, William. Jak překonat vztek a podrážděnost: zachovejte chladnou hlavu. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4750-996.
5. HLADKÝ A., ŽIDKOVÁ Z. Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka. Praha: Karolinum, 1999, ISBN 80-718-4890-5.
6. GURKOVÁ, Elena, MACEJKOVÁ, Slávka. Psychická zátěž a depresivna symptomatologie u sestier. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity, 2012, roč. 3, 1/2012. ISSN 1804-2740.



PŘÍLOHA 8: Letáček

Desatero pro jednání s agresivním pacientem



V agresivní společnosti jsou i agresivní pacienti.

I. Gladkij

1. Zachovejte klid
2. Dodržujte společenské chování
3. Projevte zájem, ptejte se a naslouchejte
4. Zjistěte příčinu agresivního chování
5. Hovořte klidně, věcně, srozumitelně a bez afektu
6. Akceptujte
7. Vyhněte se hodnocení a odsuzování
8. Vyjadřujte empatii a porozumění
9. Klidně vysvětlete vaše stanovisko a vyjádřete pochopení se vzniklými nepříjemnostmi
10. Reflektujte, sumarizujte – sdělte závěr situace

Zdroj: vlastní tvorba