

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Simona Páníková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Simona Páníková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PSYCHOHYGIENA NELÉKAŘSKÝCH
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PÉČE O
DUŠEVNÍ ZDRAVÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová

PLZEŇ 2012

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 11. 3. 2013.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Veronice Muchlové Mühlsteinové, Dis. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a věnovaný čas. Rovněž bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu a spolupráci. Děkuji celé své rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Anotace

Příjmení a jméno: Páníková Simona

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychohygienu nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví.

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, Dis.

Počet stran – číslované: 78

Počet stran – nečíslované: 31

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 47

Klíčová slova: duševní zdraví - nelékařský zdravotnický pracovník - psychohygienu- stres - zátěž.

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na psychohygienu nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví. Teoretická část se věnuje obecně zdraví, oboru psychohygieny, který se zaměřuje na rozvoj a podporu duševního zdraví, osobnostním předpokladům, profesní zátěži, stresu a dalším rizikům v profesi nelékařských zdravotnických pracovníků a možnými následky nedodržování psychohygieny. V praktické části jsou zpracovány výsledky průzkumného šetření technikou anonymních dotazníků v Psychiatrické léčebně Dobřany, které bylo zaměřeno na nelékařské zdravotnické pracovníky, na jejich vnímání a eliminaci pracovní zátěže a povědomosti o psychohygieně.

Annotation

Surname and name: Páníková Simona

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Mental hygiene non-medical health workers in the field of mental health care.

Consultant: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, Dis.

Number of pages – numbered: 78

Number of pages – unnumbered: 31

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 47

Keywords: mental health - paramedical staff - mental hygiene - stress - strain.

Summary:

The thesis is focused on mental hygiene of paramedical staff in the field of mental health care. The theoretical part deals with health in general, the branch of mental hygiene that focuses on the development and support of mental health, personality traits, occupational strain, stress and other risks inherent to the profession of paramedical staff and the potential consequences of disobeying psycho-hygienic principles. The practical part presents the results of an exploratory survey, which was conducted using the technique of anonymous questionnaires in Dobřany Psychiatric Hospital. The survey was aimed at paramedical staff, their perception of and eliminating the occupational strain and awareness of psycho-hygiene.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ZDRAVÍ A JEHO DETERMINANTY	10
1.1 Duševní zdraví.....	11
2 PSYCHOHYGIENA	13
2.1 Znalost a zrání vlastní osobnosti	15
2.2 Sociální zakotvení	18
2.2.1 Jednání, spolupráce.....	19
2.2.2 Sociální komunikace	20
2.3 Životospráva	21
2.3.1 Spánek	21
2.3.2 Výživa.....	23
2.3.3 Pitný režim.....	24
2.3.4 Pohybová aktivita	25
2.3.5 Odpočinek a relaxace.....	26
2.3.6 Efektivní hospodaření s časem	28
3 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	30
3.1 Ošetrovatelská péče a její specifika na psychiatrii	30
3.2 Osobnostní předpoklady zdravotnického pracovníka.....	31
3.3 Profesionální zátěž, stres a další rizika.....	33
3.3.1 Možnosti předcházení a zvládnání stresu	37
3.3.2 Neefektivní strategie zvládnání stresu	38
4 NÁSLEDKY NEDODRŽOVÁNÍ PSYCHOHYGIENY	40
4.1 Syndrom pomocníka.....	40
4.2 Syndrom vyhoření	41
4.3 Psychosomatická onemocnění.....	44
PRAKTICKÁ ČÁST	45
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	45
5.1 Formulace problému	45
5.2 Cíl a úkol průzkumu	45
5.3 Hypotézy.....	45
5.4 Vzorek respondentů.....	46
5.5 Metody průzkumu	46
5.6 Zpracování údajů	47
5.7 Prezentace a interpretace získaných údajů	47

DISKUZE	79
ZÁVĚR.....	85
LITERATURA A PRAMENY.....	87
SEZNAM GRAFŮ	91
SEZNAM ZKRATEK	93
SEZNAM PŘÍLOH	94

ÚVOD

„Zdraví je vzácná věc, je to vpravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život, tím spíše, že bez něho se náš život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potemní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost.“

Michel De Montaigne

Dnešní moderní doba je uspěchaná a zaměřená převážně na všeobecnou materializaci. Jsou na nás kladeny stále větší nároky. Může se zdát, že většina z nás usiluje pouze o uspokojování potřeb vedoucích k vlastnímu prospěchu. V tomto civilizačním honu za existenčními nutnostmi se vztahy mezi námi lidmi stávají stále komplikovanějšími. Působí na nás nespočet podnětů a stresorů, které mohou vyvolávat nejrůznější onemocnění. A tak se může lehce stát, že v tomto rychlém životním tempu opomeneme to nejdůležitější. Věnovat se svému zdraví a to nejen tělu, ale i vlastní duši. Ne nadarmo prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc. řekl: „*Mens sana in corpore sano – Ve zdravém těle zdravý duch*“.

Výjimkou nejsou ani nelékařští zdravotničtí pracovníci v péči o duševní zdraví, jež jsou denně vystavováni fyzické i psychické zátěži. Tato pomáhající profese je nesmírně zajímavá, ale též náročná. Zdravotníci jsou neustále ve styku s klienty psychicky nemocnými, kteří se nacházejí v nelehkých životních situacích a potřebují jejich pomoc a podporu k opětovnému navrácení zdraví nebo alespoň mít možnost znovu se zapojit do reálného života. Péče o psychicky nemocné je často komplikovanější, protože nemocní s ošetřujícím personálem nespolupracují. Na nich pak stojí získat si jejich důvěru a vytvořit si terapeutický vztah. Jde o nelehký a téměř vždy dlouhodobý úkol, vyžadující odborné znalosti, empatii, zkušenosti a především velké množství energie.

Tématem mé bakalářské práce je **Psychohygienu nelékařských zdravotních pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví**. Podnětem k výběru tohoto tématu byly mé dlouholeté zkušenosti z praxe všeobecné sestry v Psychiatrické léčebně Dobřany a především můj profesní cíl, jak co nejlépe vykonávat profesi všeobecné sestry, a zároveň

s tím si zachovat duševní zdraví. Psychohygienu vidím jako vhodný prostředek k uskutečnění nejen mého profesního cíle, ale i jako nutnost duševní zdraví chránit, upevňovat a zvyšovat odolnost vůči nejrůznějším škodlivým vlivům. Stále častěji bývá nazývána jako vhodný nástroj k boji proti stresu či syndromu vyhoření ohrožující pomáhající profese.

Teoretická část této práce nejprve objasňuje pojem a důležitost zdraví a jeho determinanty. Následně je věnována pozornost psychohygieně a pokusu o zdůraznění její vhodnosti, přínosům a nepostradatelnosti pro každého z nás v nalezení vyrovnanosti duše a těla. Třetí část je věnována nelékařským zdravotnickým pracovníkům v oblasti péče o duševní zdraví, specificky jejich práce, profesní zátěži, stresu a možnostem zvládnutí zátěže plynoucí z jejich profese. Poslední kapitola klade důraz na možné následky nedodržování psychohygieny.

Praktická část práce je vypracována na základě kvantitativního průzkumu pomocí anonymních dotazníků distribuovaných nelékařským zdravotnickým pracovníkům pracujících v Psychiatrické léčebně Dobřany. Výzkumné šetření by mělo vést ke zjištění, jak zdravotníci subjektivně hodnotí míru své pracovní zátěže, co považují konkrétně za největší stresor, jak eliminují svoji zátěž a v neposlední řadě jaká je jejich povědomost o psychohygieně.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ A JEHO DETERMINANTY

Filosof David Seedhouse napsal: „*Zdraví je slovo, které se v běžné mluvě užívá v přerůzném významu. Proto je třeba snažit se pochopit ideu, která tvoří jádro tohoto pojmu a je – třeba i jen skrytě - nedílnou součástí různých významů tohoto slova*“ (Křivohlavý, 2003, s. 27).

Existuje mnoho pojetí, teorií a definic v literaturách, které nám umožňují subjektivní skutečnost lépe pochopit a díky tomu i tuto skutečnost měnit a smysluplně řídit. Za zmínku stojí jedna z nejznámějších definic zdraví, jejímž autorem je Světová zdravotnická organizace (WHO), platná od 7. dubna 1948: „*Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (WHO, 2012).

Tato definice se shoduje s myšlenkami filozofického směru 20. století zvaným holismus, základním stavebním kamenem moderního ošetrovatelství, jehož vnímání celistvosti osobnosti jedince zahrnuje oblast tělesné zdatnosti, zvládání stresu, reakce na prostředí, primární prevenci tělesných a emocionálních stavů, sebekoncepci a v neposlední řadě i duchovno a péči o vlastní duši. Všechny živé organismy včetně člověka jsou rozděleny na jednotné celky ve vzájemné interakci, které jsou něco více než pouhý součet jednotlivých částí. V tomto smyslu porucha jedné části znamená poruchu celku (Pavlíková, 2006).

Být zdravý je dynamický proces, neustálého hledání vlastní cesty v průběhu života, soustavná podpora a adaptace organismu na okolní prostředí. Zdraví je považováno za životní prioritu, avšak nechováme se podle toho. Pro dnešní dobu je charakteristický shon, preferování práce a kariéry, sedavý způsob života a s ním spojený nedostatek aktivního pohybu včetně nevyvážené stravy. Nárůst psychických problémů, u některých jedinců mohou vést k závislostem na psychoaktivních látkách, lécích. Jsme svědky znečištění životního prostředí, které má rovněž neblahý vliv na náš zdravotní stav.

Na zdravotním stavu každého člověka se podílí řada faktorů biologických, psychologických, sociálních i environmentálních, které jsou ve vzájemných interakcích. Tyto faktory, působící komplexně na zdraví člověka, označujeme jako determinanty zdraví a mohou mít vliv pozitivní i negativní až poškozující.

Mlčák (2007) uvádí, že mezi určující determinanty lidského zdraví patří dědičný základ, úroveň zdravotnických služeb, životní prostředí a způsob života. Největší podíl na kvalitě lidského zdraví má životní způsob, u kterého se předpokládá 50 % vliv. Neméně důležitou determinantou je životní prostředí, které stejně jako dědičnost, představuje 20 % vliv. Nejmenší, avšak nezanedbatelný podíl na lidském zdraví má úroveň zdravotní péče, která ovlivňuje zdraví z 10 % (vzájemnou provázanost znázorňuje schéma, příloha č. 1).

Z uvedeného je zřejmé, že zdraví a jeho posilování není jen záležitostí zdravotníků či ministerstva zdravotnictví, ale je v rukou každého člověka. Inspirací by nám mohl být program Světové zdravotnické organizace Zdraví 21 (příloha č. 2), jehož všeobecným a konstantním cílem je dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny, a to ochranou lidského zdraví během celého života (Čelevová, Čeleva, 2010).

1.1 Duševní zdraví

Význam zdraví z hlediska jedince i společnosti je nesporný a péče o něj je běh na dlouhou trať. O to intenzivněji bychom se měli zaměřit na prostředky, kterými můžeme k upevnování zdraví přispět. Psychohygienu je jedním s možných nástrojů. V samém základu je spojována s duševním zdravím.

Duševní zdraví tvoří jednu z neoddělitelných složek celkového zdraví člověka. Za duševní zdraví nelze považovat pouze stav bez patologických projevů či chování obvyklé a ve společnosti přijatelné, takzvaně v normě. Vymezení pojmu je velice obtížné, protože kritéria chování jedince ve společnosti se ukazují přinejmenším jako problematická. Vyplývá to především ze skutečnosti, že sama společnost nemusí být vždy zdravá. Obvyklé projevy a typická jednání lidí nejsou zárukou duševního zdraví (Bedrnová, 1999).

Dle Markové (2006) je duševně zdravý člověk schopný přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet, plánovat a plány uskutečnit. Je schopný se adaptovat na změny a tvořit nové věci. Dokáže komunikovat, aktivně se účastnit dění kolem sebe, dobře se adaptovat na nové situace. Poznává se podle citové vyrovnanosti, má své vlastní emoce pod kontrolou a zároveň je schopen se uvolnit. Dokáže pracovat a udržovat partnerský vztah. Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobit se situacím a reagovat na ně.

Míček (1986) popisuje dvě pojetí duševního zdraví. Užší pojetí se týká samotného jedince, předpokládá nepřítomnost duševní nemoci, nerovnováhy a poruch adaptace, nepřítomnost stresu. Širší pojetí se týká jedince a jeho okolí. Charakterizuje především schopnost adaptace (mezilidské vztahy, soužití jedince se společností a jejími pravidly, též schopnosti sebezpoznání a autoregulace/sebevýchovy, umění aktivně si přizpůsobovat své prostředí) a v neposlední řadě duševní zralost jedince (rozvoj kognitivní, emoční, sociální a osobnostní schopnosti).

Americká psycholožka M. Jahodová specifikovala výstižně pozitivní kritéria duševního zdraví. Jde v první řadě o kladný postoj k vlastní osobě, realistické a objektivní vidění své minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Dojít k seberealizaci v duševním i duchovním růstu a vývoji. Být osobností celistvou, jednotnou a vnitřně vyrovnanou. Umět řídit své jednání nezávisle na jiných lidech, svými vlastními měřítky, kontrolovat své činy, objektivně vnímat realitu, mít empatii a sociální citlivost. A v neposlední řadě schopnost dobře zvládat nároky okolního prostředí hmotného i sociálního (Aišmanová, 2011).

2 PSYCHOHYGIENA

Mnohé z myšlenek psychohygieny pro člověka důležitých můžeme spojovat dokonce již se samými počátky vývoje lidské civilizace. Počátky přístupů jsou spojeny především s odstraňováním dopadů nejrůznějších nepříznivých vlivů na člověka. Později se začalo více prosazovat i aktivní hledání toho, co by mohlo na život člověka působit kladně. Myšlenky týkající se duševního zdraví člověka a možností jejího uchování nacházíme nejprve ve vyprávění mezi lidmi, v různých pověrách, předsudcích. Později se objevují ve filozofii (kolébce věd), ať šlo o buddhismus, taoismus, konfucianismus či další filozofická, resp. náboženská učení (Bedrnová, 1999).

Psychohygienu, nebo také duševní hygiena, jako obor začala být uplatňována prakticky až začátkem 20. století, kdy Američan C. W. Beers napsal knihu „Duše, která se našla“. Následně na to v roce 1948 vznikla Světová federace duševního zdraví (World Federation for Mental Health), která si od roku 1992 každoročně připomíná 10. říjen jako Světový den duševního zdraví (Aišmanová, 2011).

Pojem psychohygienu naznačuje určitou spojitost s hygienou. Slovo hygiena pochází z řečtiny a je vykládáno jako zdravotní věda, tedy soubor poznatků a prostředků zaměřených na udržení zdraví. Název psychohygienu napovídá, že hlavním zájmem je spíše duše člověka (Bedrnová, 1999).

Mauer (2006) poukazuje také na úzkou spojitost a provázanost hygieny s psychohygienou. Psychohygienu je péče o duši, ale duše a tělo jsou velmi provázané. Jejím obsahem je vedle umění odpočívat, též strukturovat čas, udržovat živý vztah se sebou a svým okolím. Vyzdvihuje nutnost rituálů, o kterých říká, že dávají svět do pořádku (navrací jej do klidu, jednoty, harmonie), pomáhají člověku v různých životních zkušenostech. Tak jako například půst, modlitba či sprcha při příchodu z práce, která může omýt nahromaděný stres či případně pomoci, abychom si práci nebrali domů (tělesně i psychicky). Očistou duše může být omluva, odpuštění, vyjádření emocí.

V literatuře nalezneme několik definic. Jedna z nejrozšířenějších definic podle Míčka (1984, str. 9) říká, že: *„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“*

Oudová (2007) nazývá psychohygienu oborem, který je zaměřen na rozvoj a podporu duševního zdraví. Využívá k tomu soubor opatření, postupů a poznatků o způsobu života a chování, které umožňují zachovat si a udržet psychické (psychosomatické) zdraví.

Literární prameny zabývající se problematikou psychohygieny obvykle rozdělují pojetí na užší a širší a také pojetí zaměřené pozitivně a negativně. Užší pojetí je chápáno jako boj proti výskytu duševních nemocí ve smyslu zaměření se více na otázky prevence, někdy spojováno se snižováním či odstraňováním nadměrné psychofyzické zátěže a stresu. Toto pojetí vystihuje zaměření psychohygieny na negativa. Např. hledání vhodných způsobů jednání s psychiatrickými pacienty (Čelevová, Čeleva, 2010).

Širší pojetí se zaměřuje na péči o optimální fungování duševního zdraví jako součásti celkového zdraví člověka. Zcela konkrétně se zaměřuje na získávání schopností přirozeně a realisticky vnímat a odrážet realitu, reagovat přiměřeně na běžné i nenadálé úkoly na úrovni, stále se duševně zdokonalovat a duševně, popřípadě i duchovně růst (Křivohlavý, 2003).

Positivně zaměřené je aktivní vytváření a podporování orientace na hlavní oblasti duševního zdraví s důrazem na vlastní odpovědnost. V tomto pojetí je nutné respektovat individualitu každého člověka a podpořit jeho individuální přístup k hledání a nalézání optimální životní cesty (Čelevová, Čeleva, 2010).

Cílem psychohygieny je prevence somatických a psychických onemocnění. Mnoho somatických onemocnění vzniká primárně poruchou duševní rovnováhy, takzvaná psychosomatická onemocnění, při nichž hrají důležitou úlohu psychické faktory. Pomáhá člověku k udržení fungujících sociálních vztahů a jejich upevnění. Duševně zdravý člověk kladně působí na své okolí a také jej lépe vnímá. Narušená duševní rovnováha vede k předrážděnosti, konfliktности, přecitlivělosti v mezilidských vztazích, jak soukromých, tak pracovních. Má pozitivní vliv na pracovní výkonnost či její zvýšení, vyrovnaný člověk se dokáže lépe koncentrovat na práci i odpočinek. Velký význam má právě v pomáhajících profesích, kde dochází k neustálému kontaktu a jednání s lidmi. Pomáhá k zvýšení subjektivní spokojenosti. Nevyrovnaný jedinec bývá nespokojený, neklidný, prožívá častěji psychické napětí, nejistotu a strádání. Nedokáže prožívat pozitivní stavy mysli, radost, pocit štěstí (Aišmanová, 2011).

Obor psychohygieny má široké spektrum zaměření. Slouží jako návod k řízení a ovlivňování sebe sama a vlastního prostředí, též se zaměřuje na zrání osobnosti, možnosti autoregulace jedince, sebeovládání, sebekázeň a sebevýchovu. Pozornost věnuje sociální interakci, úpravě životního a pracovního prostředí a životosprávě (Křivohlavý, 2003).

Poznatky psychohygieny slouží duševně zdravým lidem. Jde jí o posílení a upevnění duševního zdraví. Lidem mezi zdravím a nemocí, u nichž se vyskytují stále vážnější příznaky narušení duševní rovnováhy. Těm se snaží ukázat cestu ke znovunabytí duševní rovnováhy a posílit jejich duševní život. V neposlední řadě lidem nemocným, kterým přináší podněty k dodržování zásad duševní hygieny v době mimořádného zdravotního vypětí a ukazuje, jak je možno dodržováním těchto zásad lépe a s větším úspěchem vzdorovat nemocem (Míček, 1984).

2.1 Znalost a zrání vlastní osobnosti

Psychologie věnuje také pozornost poznávání toho, za koho se považují a za koho bych zřejmě chtěl být považován druhými a nejen to. Hledá i kdo je danému člověku takzvaným ideálním já, který je porovnáván s takzvaným skutečným, reálným já. Toto porovnávání může způsobovat značné napětí v člověku a z toho vyplývající špatné myšlenky a pocity. Člověk může mít tím o sobě nedobré mínění a tím mohou vznikat mnohé osobní těžkosti. Jde o jeden z nejdůležitějších momentů psychohygieny, vztah člověka k sobě samému. Snažme se snižovat rozdíl o obrazu sebe sama od obrazu, za který chceme být považováni ostatními lidmi. Psychohygieny nám radí zabrzdit, nepovyšovat se a nedělat ze sebe víc, než jsme (Křivohlavý, 2004).

Má-li někdo začít na sobě pracovat, a o to jde duševní hygieně především, měl by věnovat pozornost sám sobě. Nejen se pozorovat, ale snažit se sám sebe lépe poznat a snažit se duševně růst a zrát (Křivohlavý, 2003).

Vědomí vlastního já určuje identitu člověka i její kontinuitu v čase minulém, přítomném a budoucím. Na sebepojetí, jako postoji k sobě samému, se podílejí složky poznávací, smyslové a citové. Všechny získané informace pak člověk ukládá, rozumově zpracovává a hodnotí (Blatný, 2010).

Dle profesora L. Míčka (1986) začíná vlastní sebevýchova sebepoznáním. Sebepoznávání je důležitým úkolem každého z nás. Naše vědomí se díky sebepoznání stává složitějším, bohatším a objektivnějším. Mezi vhodné metody řadí pravidelné

registrace, úvahy, analýzy vlastního chování a jednání, písemně či jen v duchu v různých časových intervalech, (konflikty, chyby v jednání mohou být iniciátorem změn). Přínosné jsou informace od lidí kolem nás. Od přátel se dozvíme relativně přesně své chyby, nepřesně kladné vlastnosti, protože mají tendenci nás přechvalovat. Naopak od nepřátel, kteří spíše přehánějí naše záporné vlastnosti, pokud pochválí či přiznají naše kladné vlastnosti, je pravděpodobné, že je máme. Jako složitější vidí metodu volných asociací, psychoanalýzu, která není vhodná pro každého. Jedna z nejnáročnějších je introspekce pozorování sebe sama v právě přítomných situacích. Pozorování somatických funkcí (napětí svalů, dýchání), emocí či dokonce myšlení (ukázka, příloze č. 3). Jedinec neškolený v těchto metodách má sklon vidět se nekriticky. Buď v příliš dobrém, nebo naopak špatném světle či jednat a vidět se příliš zjednodušeně (Míček, 1986).

Minibergerová (2010, s. 56): *„sebepoznávání a další vzdělávání také umožňuje lépe zvládat nároky zdravotnické profese už tím, že podle typu své osobnosti, zvolím pracoviště, kde své schopnosti mohu nejlépe uplatnit.“*

V průběhu života si člověk utváří určité názory o sobě i jiných. Hodnotí se, má představy jaký by chtěl být. Sebepoznávání je nepřetržité uvědomování si svých vlastností, schopností, nedostatků, vlastních pocitů, a to v kterékoliv situaci, právě se nacházející. Sestra by měla porozumět rozdílům v chování různých nemocných, ale i svému vztahu k nim. Je tedy potřeba, aby poznala samu sebe (Venglářová, 2011).

Dalšími možnostmi sebevýchovy je autoregulace konativní činnosti, vlastního myšlení a emocí. Autoregulace je řízení našeho konání vlastní vůlí. Termín „konativní“ znamená snažit se, usilovat, namáhat se, vynasnažit se apod. Lze se domnívat, že prvořadým úkolem sebevýchovy je řízení vlastních myšlenek a úkolem seberegulace je řízení emočních projevů. Ukazuje se však, že sebevýchově a nejen tam, je třeba se zacílit na usměrnění aktivit, tj. na činnost konativní. Chtění dostává dominantní roli v souboru duševních aktivit. Pravdou zůstává, že na hledání cíle, zaměření činností, se velkou měrou podílí myšlenkové činnosti. Podobně jako při realizaci záměru se neobejdeme bez myšlenkových činností. Do určité míry obdobně jsou na tom i naše city. Ty také úzce souvisí s tím, co děláme a jak se nám to daří (Křivohlavý, 2003).

Je nanejvýš jasné, že mezi našimi snahami, touhami a city existuje velice úzký vztah. Výzkumy potvrzují, že emoce vzniká na určitém fyziologickém základě a tvar dostává dle myšlenkového zpracování. Domnívá-li se člověk, že se nachází v pro něj

příznivé situaci, dostává jeho emoční ladění pocit štěstí, radosti, blaha, spokojenosti, naděje. Naopak nepříznivou situaci interpretuje podobou rozladění, hněvu, zlosti, nenávisti, vzteku apod. Autoregulací chceme ovlivnit a minimalizovat především emoce negativní, které narušují naši duševní rovnováhu (Křivohlavý, 2004).

Mimořádný impulz v zaměření duševní hygieny na osobnostní zralost dala především práce Maslowa. Ten formuloval charakteristické rysy zralé osobnosti. Zralá osobnost má vysoký stupeň sebeakceptace, dokáže akceptovat své vlastní silné i slabé stránky osobnosti též i své tělesné dokonalosti a nedokonalosti (zdravá sebereflexe). Neustále na sobě pracuje s vysokou mírou spontánnosti (na základě vlastních popudů) a snaží se stát opravdu takovou, jakou by měla a chtěla být. Má ryzí vztah ke skutečnosti, adekvátní vnímání reality (umění rozpoznat skutečnost od idejí, poctivost od falešnosti, pravost od umělého,...). Reálně ví, co může dokázat, jaký je její reálně dosažitelný cíl, reálně hodnotí postupy a názory s vysokým stupněm autonomie (samostatně, nezávisle na druhých lidech). Taková osobnost má kvalitní sociální oporu, přátelské a láskyplné vztahy s několika blízkými lidmi. Je schopna koncentrace více na problém než na sebe sama. Akceptuje etické principy nad vlastním jednáním (Křivohlavý, 2003).

Ctí samotu jako možnost usebrání (soustředěné rozjímání, pohroužení myslí). Umění zachování a dosahování duševního klidu – například meditace, relaxace a relaxační techniky. V naší profesi a často i doma si užijeme dosti hluku. Balzámem na naši duši může být ticho a klid. Je vhodné si najít ve svém programu dne či týdne chvílku ticha, třeba vypnout rádio, televizi a najít si tichý koutek k rozjímání. Zralá osobnost má nadhled nad vlastní kulturou (Křivohlavý, 2004).

Kultura představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění a zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojuje učení (socializací). Kulturou rozumíme sdílený způsob vnímání reality, myšlení, oceňování, chování (Kutnohorská, 2007).

Naučit se žít v pohodě a umět zacházet se svým životem je celoživotní úkol. Pocit pohody a smysluplnosti života je vždy výsledkem našich schopností vyrovnat se nástrahami života. A to nejen z pohledu krátkodobých aktivit v podobě každodenních úkolů, ale i z pohledu dlouhodobých aktivit, které nás nutí hledat hloubku a význam bytí. Co určuje smysluplnost našeho života? O co se snažíme? O co nám v životě jde? Co nám dává smysl a účel existence? Nejde jen o to mít vlastní žebříček životních hodnot,

ale též i o snahu realizovat své životní cíle. Vědomě jednat s vidinou budoucnosti. Rozhodovat se reálně a perspektivně. Mít vůli překonávat sama sebe za účelem duchovního růstu. Přistupovat k sobě a svému okolí zodpovědně. A v neposlední řadě reagovat flexibilně a kreativně na nepříznivé životní podmínky. Oblasti, ze kterých čerpáme témata k zaměření života, jsou tvořivé, kreativní aktivity. Zážitekové, které prožíváme tváří v tvář kráse, pravdě, lásce a postojové, které se projevují např. tváří v tvář statečnému čelení utrpení (Křivohlavý, 2006).

Pokud chceme žít ve shodě se sebou a se svým okolím, měli bychom si uvědomovat, že žijeme právě tady a teď, život je souhrn příležitostí a výzev. Měli bychom se zaměřit na pozitivní přijímání všeho, co děláme a s čím se setkáváme. Zbavit se starostí o nejistou budoucnost a věnovat se smysluplným hodnotám a cílům. Mít dobře strukturovaný a časově vyvážený program pro každý den, a v neposlední řadě umět myslet i na druhé (Čelevová, Čeleva, 2010).

Křivohlavý (2004, s. 26) uvádí: *„radost, kterou zažíváme, když se nám podaří překonat svou sebestřednost a uděláme něco dobrého pro druhého člověka, co bychom třeba (např. podle popisu práce) ani udělat nemuseli. Jde o vyrovnaní poměru mezi, brát (dostávat) a dát. I když se z určitého pohledu může zdát, že tím, že něco pro druhého uděláme, něco ztrácíme (přinejmenším čas), v dlouhodobém pohledu to má kladný vliv na naši osobnost- na její zralost, a to není málo.“*

Studie kvality života i zkušenost z praxe v hospicích ukazují, že lidé často nenápadní, jež se dokázali radovat z každé drobnosti a krásy života, lidé, kteří měli pěkná manželství a spokojenou rodinu, lidé, kteří dovedli přijímat i rozdávat, byli po vyčerpávajícím životním výletu plni radosti. Povede-li se nám postupně splnit všechny požadavky, dává nám to předpoklad, že náš život bude za něco stát, že něco dokážeme, a že na konci životní cesty budeme vyrovnanou osobností, jež je vděčná za čas, který jí byl dán (Křivohlavý, 2004).

2.2 Sociální zakotvení

Každý máme dva světy: jeden vlastní a ten druhý je všem společný. V tom společném jsme jen zrnko v písku na poušti, jen kapkou v moři (Feldenkrais, 1967).

Důležitým klíčem k pochopení vlastního sociálního okolí a našeho úspěšného zakotvení je uvědomění si toho, že žijeme mezi ostatními lidmi. Jsme obklopeni lidmi blízkými, známými i cizími. Našimi nejbližšími je rodina (Bedrnová, 1999).

Jedním z nejmocnějších faktorů podporující náš vnitřní klid a pokoj jsou dobré vzájemné vztahy v rodině. Dobré rodinné zázemí, manželství, radost z dětí i vřelé kontakty s širokou rodinou a sousedy. Osobní setkávání s okruhem lidí, se kterými je nám dobře, je podstatným momentem psychohygieny (Křivohlavý, 2004).

2.2.1 Jednání, spolupráce

Pro zdravotníka je umění dobře vycházet s druhými lidmi jedním s prvořadých předpokladů. Co sdělujeme svým jednáním, ať slovně či mimoslovně, může mít různý obsah. Nejde pouze o to, jak to vnímám já, ale i o to, jak mé sdělení druhá strana chápe. Může mít rozdílná očekávání, představy a vidění světa (Křivohlavý, 2004).

Je vhodné se zaměřit na důležité prvky při jednání s pacienty a kolegy. Jako je spolupráce, devalvace a evalvace.

Spolupráce nepřichází náhodně, ale je třeba snahy od obou zúčastněných. Není lepší cesty než začít u sebe. Nedůležitější je přestat vymýšlet, jak to nejde, ale začít konstruktivně přemýšlet nad tím, jak to jde. Ke spolupráci jsou důležité následující kroky. Změnit radikálně motivaci, opustit egocentrismus a chovat se kooperativně. Ochota něco obětovat, nestavět já nad ty a my k dobrovolnému dosažení určitého zisku. Zaměřit se nadějným směrem nejen slovy, ale i činem. Důvěra má ohromnou sílu, ale získat vzájemnou důvěru je vždy dlouhodobým procesem, vyžadujícím mnoho zkušeností, trpělivosti, tolerance a profesionality. Zdravotníkům budíš nápomocna vhodná komunikace a respekt k tomu, že pacient toto umění mít nemusí (Venglářová, 2006).

Okolí, se kterým se dostáváme do kontaktu, ovlivňuje naše sebepojetí, a to kladně - evalvace nebo naopak záporně - devalvace. Devalvací rozumíme projev neúcty, snižování a ponižování druhého člověka a evalvací naopak projev úcty a vzájemné vážnosti. Lidé, kteří jednají devalvačně, bývají vnímáni jako nepřátelští, namyšlení, hrubí a nadřazení. Zamysleme se nad svým jednáním s druhými. Není příliš těžké například neskákat druhým do řeči. Jestliže je ve zdravotnickém týmu někdo, kdo svým konáním devalvuje vás či druhé, jde o problém, který je na místě otevřeně řešit. Může docházet také k tomu,

že tohoto chování se dopouští také pacient. Zde je na místě citlivý přístup. Ve všech případech je toto téma pro supervizi (Venglářová, 2006).

Jak jsem uvedla opakem devalvace je evalvace. O lidech s evalvačním chováním se říká, že jsou přátelští, laskaví, uctíví, velkorysí, velkodušní, ochotní ke spolupráci. S takovým člověkem je radost pracovat (Křivohlavý, 2004).

2.2.2 Sociální komunikace

Asertivita je možností, kterou lze prosazovat svá stanoviska, požadavky, jak dát najevo druhým své emoce, přání, možnosti říci ne, aniž by byla dotčena práva ostatních lidí. Je způsobem, jak se vypořádat s oprávněnou či neoprávněnou kritikou. Asertivita učí jak dělat přiměřené kompromisy. Asertivním chováním přicházíme o některé výhody, ale zůstáváme sami sebou. Jde o chování klidné, uvolněné. Řeč je přiměřeně hlasitá, srozumitelná, plynulá s udržováním očního kontaktu. Umožňuje jasně a s jistotou říct, o co nám jde, jak to vnímáme a jaký k tomu zaujímáme postoj, názor. Důležité je mít pozitivní postoj k ostatním a přiměřené sebevědomí (Venglářová, 2006).

Asertivní člověk má právo na vlastní posouzení svých emocí, chování a myšlení a přijme za ně odpovědnost, může změnit názor, dělat chyby, za které nese odpovědnost a konat i nelogická rozhodnutí. Nenabízí omluvy, výmluvy, ospravedlňující své chování. Umí samostatně posoudit, zda a nakolik je odpovědný za chování a problémy druhých, říci: „já nevím, já tomu nerozumím, je mi to jedno“ (Venglářová, 2006).

Snad nejznámější asertivní technika je zaseknutá gramofonová deska. Jde o opakování otázky, požadavku, názoru. Například dostáváme-li z kuchyně nedostatečně teplé jídlo a i přes naše opakované upozornění nejsou ochotní to napravit, lze neustále opakovat: „Jídlo pro pacienty je studené, žádám vás, abyste ho ohřáli“. Technika otevřených dveří vhodná například při komunikaci s člověkem v afektu. Tím, že ustoupím, nastavím se na odpor, poskytnu druhému prostor k uklidnění. Dále vyjadřuji souhlas, přitakám, dávám najevo dotyčným, že jej poslouchám a podporuji nadávajícího, aby pokračoval. Víme, že pravda je subjektivní. I když, se toto jednání jeví jako paradoxní, situace se tím zklidňuje. Obranou před slovním útokem je dotazování na podrobnosti. Převezmeme tím v hovoru iniciativu. Důležitou technikou je sebeotevření, upřímné vyjadřování toho co cítím. Říci nahlas o svém rozladění, nesouhlasu. Uděláme-li chybu je důležité ji přiznat. V žádném případě se nebráníme protiútokem, ani únikem (výmluvou, vysvětlováním). Nechceme se nechat zmanipulovat do pocitů vin. Vítr z plachet vezmeme

kritikovi přiznáním chyby a převzetím odpovědnosti za ni. Na výtky o naší nedokonalosti je možné nereagovat, vlastní cenu posuzujeme sami. Zvláště náročné je pro někoho umět si říci o laskavost, pochvalu, kompliment, povšimnutí takzvané slovní pohlazení, kdykoliv to postrádáme. Za doslovné mistrovství je považován kompromis a konsenzus. Kompromis je možný, pakliže vyhovění požadavku druhého nezasahuje příliš hluboce do našich osobních hodnot a sebehodnocení. Dosáhnutí konsenzu (oboustranného získání svých vlastních hodnot) je cílem asertivního tréninku (Venglářová, 2006).

„Asertivita je metoda, kterou můžeme uplatňovat v našem osobním i pracovním životě. Jedná se však o trénink, který se lze naučit především praktickými nácviky. Existují mnohé příručky, ale není nad možnost vyzkoušet si asertivní chování pod odborným vedením ve výcvikové formě. Dalším využitím je nácvik těchto dovedností v rámci léčby, kterého využívají především specializované zdravotní sestry pracující na psychiatrických odděleních. Pomáhá lidem, kteří mají problémy se svou plachostí, neprůbojností a zároveň těm příliš vznětlivým“ Venglářová (2006, s. 72).

2.3 Životospráva

Jde o jakýsi základní kámen každého z nás. Člověk jako každý živý organismus musí věnovat pozornost své biologické existenci, aby přežil. Avšak chceme být také fyzicky zdatní a pochopitelně i duševně odolní a aktivní. Biologický život člověka je charakteristický určitým rytmem. Střídá je období spánku, období bdění, období aktivit a odpočinku. Určitý rytmus má i naše srdce, dech i lidský mozek. Od ostatních živých organismů se lišíme především značnými rozdíly mezi jednotlivci. Významnou roli zde hraje aktivně se přizpůsobovat svému prostředí, učit se mnoha věcem, být schopen dosáhnout plnohodnotné seberealizace a tím produktivně přispívat na konto celé lidské společnosti. Bez znalostí zákonitostí všedního praktického života, mezi něž životospráva patří, někdy podléháme přesvědčení, že jde spíše o hru tajemných sil či něco, co funguje automaticky. Tím se můžeme dopouštět chyb, které poškozují funkce organismu a tím i psychiky (Bedrnová, 1999).

2.3.1 Spánek

Základním rysem člověka jako druhu je charakteristická rytmičnost, střídání rytmu spánku a bdění. Spánek představuje cca jednu třetinu času, který máme každodenně k dispozici. Jeho individuální denní potřeba se mění během života a obvykle závisí na celkové fyzické konstituci, zdravotním stavu a též psychice jedince (Bedrnová, 1999).

Dle Praška: „*spánek lze charakterizovat jako stav snížené mentální i pohybové aktivity, který slouží k obnově psychických i fyzických sil a svojí kvalitou citlivě reaguje na fyziologické i patologické změny v organismu. Běžný normální spánek dospělého člověka vypadá většinou tak, že ulehne na lůžko, přichystá se ke spaní, uvolní se a zhruba do 15-30 minut usne. Probudí se zpravidla 2-3krát za noc, ale ihned zase usne a ráno si většinou tato krátká probuzení ani nepamatuje. Definitivní probuzení pak přichází ráno ve zvolenou hodinu, nejčastěji po 6-8 hodinovém spánku.*“ (Praško, 2004, s. 11)

Nezáleží však jen na délce spánku, ale také na jeho hloubce a kvalitě. Spánek může být ovlivněn celou řadou faktorů: stresem, náladou, cvičením, jídlem, léky, alkoholem, kofeinem,... (Praško, 2004).

Nejčastěji spánek narušuje stres. Sám nedostatečný spánek představuje závažný stresor. Nedostatek spánku má přímý vliv na snížení pozornosti, koncentrace, produkci halucinací apod. Studium věnované svévolnému zkracování potřebné (zdravé) míry spánku a nespavost způsobená stavem organismu vede k nadměrným pocitům únavy, těžkostem v rozhodování, úzkosti apod. Odhaduje se, že 30-50% populace si dobrovolně zkracují množství potřebného spánku. Spánek negativně ovlivňuje práce ve směnném provozu (Křivohlavý, 2003).

Červenková (2006) se zmiňuje, že většina sester pracuje na směny a má jimi narušený biologický rytmus. Pouze 22% sester udává, že spí dostatečně a 15% dokonce udává, že trpí chronickým nevyspáním. Snášení směnného provozu a jeho vliv na spánek je individuální. Může docházet k problémům s usínáním či jinými poruchami spánku. Prevalence těchto poruch u lidí pracujících ve směnném provozu je až 60% a s tím spojené komplikace nejčastěji zažívacího traktu, například vředová choroba.

Dimunová (2009) ve svém výzkumu uvádí, že sestry pracující na směny, se nepravidelně stravují, pijí i více kávy oproti sestrám pracujícím pouze v jednosměnném provozu. Z toho vyplývá, že jsou vystaveni vzniku kardiovaskulárních onemocnění.

Podle Pavlíkové (2008) restrikce spánku může zapříčinit nadměrnou denní spavost a ta může být nebezpečná např. při řízení automobilu. Dále trpí v první řadě kardiovaskulární systém. Vlivem patologického okruhu probouzecích reakcí může docházet k celé řadě metabolických dějů, které mohou vést například ke vzniku metabolického syndromu a různých kardiovaskulárních postižení. Také je postižena

psychika člověka, mohou nastat různé depresivní stavy a podobně. Bylo prokázáno, že restrikce spánku má obrovský dopad na imunitní pochody a s nimi je pevně spjata i nádorové bujení. Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny (IARC) zařadila od roku 2009 práci na směny mezi pravděpodobné karcinogeny. Nezanedbatelný je i fakt, že noční směny mohou narušit i sociální vazby, například pracuje-li partner během dne a partnerka večer.

Vyrovňávání se s narušeným biorytmem je individuální. Aby byl náš spánek kvalitnější, měli bychom mít zejména vhodné podmínky, jako je kvalitní lůžko, klidné prostředí, jíst pouze lehce stravitelná jídla, vyvarovat se konzumaci budivých látek (káva, alkohol, cigarety,...), před spánkem se celkově uvolnit např. relaxací (Praško, 2004). Spánková hygiena, příloha č. 4.

2.3.2 Výživa

Naše tělo získává látky ze šesti základních složek potravy - sacharidy/cukry, proteiny/bílkoviny, lipidy/tuky, vitamíny, minerály, voda. Pro optimální výkonnost je však podmínkou, aby tyto složky zůstávaly v rovnováze a plnily tak tři hlavní funkce: dodávat energii, stavět a udržovat tělesné tkáně, regulovat tělesné funkce. Abychom mohli docílit optimalizace výživy, je potřeba dodržovat základní doporučení stravování. Jíst pravidelně, častěji a menší porce, preferovat bílkoviny, vitamíny před sacharidy. Též stolovat v klidu, v příjemném prostředí, a v neposlední řadě nekouřit a nepít větší množství alkoholu (Čelevová, Čeleva, 2010).

Existují jistá pravidla stolování, která bychom měli dodržovat celý život. Především jíst tři hlavní jídla denně (snídaně, oběd, večeře). K vyváženosti stravy přispívají i svačiny mezi hlavními jídly, které by měly být složeny především ze zeleniny a ovoce. Při volbě hlavního jídla bychom se měli řídit obzvláště hladinou živin a výživovou hodnotou potravin. Neexistuje potravina, která by sama o sobě dodala tělu všechny potřebné minerální látky, stopové prvky a vitamíny ve vhodném množství. Optimální hladinu životně důležitých živin nám poskytne pouze rozmanitá strava. To znamená, že hlavní jídla by měla být tvořena z příkrmu (chléb, rýže, brambory, těstoviny, celozrnné výrobky), masa nebo mléčné či vaječné bílkoviny, zeleniny a ovoce. Zelenina by měla pokrývat polovinu naplněného talíře, porce masa by neměla být větší než 100 gramů v jednom jídle. Strava je naším spojencem proti nejrůznějším chorobám a zdravotním potížím. Není vhodné

se spoléhat na nejrůznější potravinové doplňky, vitamínové a minerální tablety (Pavlíčková, 2010).

Radvanová, Bauerová (2006) píše, jak je pro sestry ve směnném provozu důležité individuální nastavení jídelníčku, dodržování pitného režimu, pohybové aktivity, vše dle návaznosti a střídání jednotlivých pracovních směn. Je nutné dodržovat 2 porce ovoce za den, minimálně 3 porce zeleniny denně (k jídlům hlavním: 1 porce 150-200 gramů), přednost dávat výrobkům s menším obsahem tuků a sacharidů, dostatek bílkovin (2-3 porce denně: 1 porce 50 gramů tvrdého sýra, 150 mililitrů jogurtu). Vhodné je dodržovat dostatečný energetický příjem podle druhu energetického výdeje (výchozí hodnoty BMI), sledovat sortiment potravin, číst informace o složení na obalech, zejména obsah tuků a sacharidů. U sester, které nemají problémy s nadváhou nebo obezitou, se doporučuje jíst v průběhu noční směny stejně jako přes den. Je vhodné si hlídat energetickou hodnotu nočního jídla, například nejíst po 22 hodině klasický smažený řízek s bramborovým salátem. Důležitou roli hraje i kvalitní spánek po noční směně. Je prokázáno, že doba spánku menší než 5 hodin denně může lidem přispět ke vzniku obezity.

2.3.3 Pitný režim

Neodlučitelnou součástí výživy a života je voda, kterou tělo denně potřebuje 1,5 - 2 litry. Pitný režim dospělého člověka by měl obsahovat přibližně 20-40 mililitrů tekutin na 1 kilogram tělesné hmotnosti za den, což dělá zhruba 2-3 litry. Denní množství přijímané vody ovlivňuje věk, prostředí, fyzická aktivita, pohlaví, tělesná hmotnost i způsob stravování. Každý člověk má svou optimální potřebu tekutin. Na potřebu pití nás může upozornit žízeň. Měli bychom však vědět, že žízeň není časnou známkou potřeby vody, protože se objevuje až v okamžiku 1-2% dehydratace. Příjem tekutin by měl být v celodenní rovnováze s potřebou organismu. Neměli bychom pociťovat nedostatek, ale ani stálý nadbytek, čímž přetěžujeme hlavně ledviny a srdce. Je nutné doplňovat tekutiny během celého dne. Spotřebu regulovat dle aktuální zátěže a potřeby. Nejvhodnější tekutiny jsou čistá voda nebo nakyslé či nahořklé nápoje (sladké a přechlazené nápoje zvyšují pocit žízně). Jen u některých náročných profesí či vrcholového sportu jsou nutné zvláštní druhy nápojů (iontové, energetické, proteinové). U normální populace jsou takové nápoje nevhodné a ve velkém množství škodlivé (Čelevová, Čeleva, 2010).

Pro zdravou hydrataci jsou vhodné minerální vody, které patří k nezanedbatelnému zdroji vápníku, hořčíku, sodíku a dalších minerálních látek... K pravidelné konzumaci jsou

vhodné pouze mírně mineralizované. Pro pravidelný pitný režim se doporučuje mineralizace do 1000 miligramů na litr. Musí mít také vyvážený poměr minerálů, které přispívají k zlepšení iontové bilance organismu (Vránová, 2006). Přehled minerálních vod, příloha č. 5.

Nevhodnými nápoji jsou tekutiny obsahující kofein a jemu podobné látky, které způsobují odvodnění. Do této skupiny patří káva s kofeinem, kakao, silný ruský čaj, colové nápoje, jejich vypitím rozhodně potřebnou tekutinu nezískáme. Doporučuje se střídání různých druhů nápojů, jako jsou bylinné čaje, přírodní ovocné šťávy, minerálky, případně nízko stupňové pivo a hlavně prostou vodu. Konzumace piva nelze považovat za zcela nevhodné, důležitý je obsah alkoholu a cukru. Přiměřené množství piva může být zařazeno do pitného režimu. Při některých chronických onemocněních je vhodným digestivem podporující trávení i aperitivem, povzbuzujícím chuť k jídlu (onemocnění žlučníku, žaludku). V žádném případě nelze řešit celkový potřebný příjem tekutin pouze pivem. U osob s vyšší hmotností vybíráme nízkoenergetické nápoje (Starnovská, 2003).

2.3.4 Pohybová aktivita

K optimalizaci životosprávy patří neodmyslitelně též dostatečná pohybová aktivita. Jednak z důvodu prevence řady chorob, taktéž je prostředkem pro odstraňování psychické únavy a tedy určitou formou tělesné i duševní očisty. Pohybová aktivita je pro naše tělo přirozenou potřebou a má na něj blahodárné účinky. Regeneruje organismus, ovlivňuje srdeční činnost, rozšiřuje cévy a zlepšuje krevní oběh, reguluje krevní tlak, prohlubuje dýchání, posiluje imunitní systém, spaluje přebytečnou energii. Posiluje fyzickou i duševní zdatnost, kompenzuje pracovní zatížení, dostatečným okysličováním organismu zvyšuje duševní schopnosti a aktivitu, odbourává psychické napětí (mizí úzkost a deprese). Napomáhá v upevňování vlastní hodnoty, upevňuje pocit duševní pohody a vyrovnanosti, podporuje dobrou náladu a podporuje společenské kontakty, setkávání s přáteli, možnosti navázání nového kontaktu (Aišmanová, 2011).

Pokud jsme dlouhou dobu své tělo zatěžovali minimálně, budeme muset začít rozumně a zátěž zvyšovat jen pozvolna (Praško, 2004).

Důležité je zvolit takovou formu, abychom dokázali najít pravidelný prostor a čas, a zároveň mohli dodržovat základní zásady správné tělesné aktivity, čímž je pravidelnost, intenzita, doba trvání a vhodný typ cvičení. Pohybová aktivita by měla být provozována denně, pokud není možné denně, je vhodné si vymezit čas alespoň několikrát v týdnu.

Je nutno cvičit až do unavení dle individuálních možností (samozřejmě s respektováním věku a aktuálního zdravotního stavu), minimálně však 20 minut. Typ cvičení volíme dle individuálních možností, nejlépe však takové, při kterém opakovaně zapojujeme do činnosti co největší počet svalových partií. Vhodný je běh, rychlá chůze, plavání, cyklistika, lyžování, veslování, jízda na kole či rotopedu (Aišmanová, 2011).

2.3.5 Odpočinek a relaxace

Únava jako taková je fyzický stav, kdy náš organismus pociťuje potřebu se uvolnit, ustát alespoň na okamžik v činnosti (Praško, 2004).

Mimo to, že v bdělém stavu jíme, pijeme, chodíme do práce či provozujeme nějakou pohybovou aktivitu, potřebujeme si také odpočinout a zrelaxovat. Již naši předkové ctili jeden den v týdnu, a to neděli, jako den odpočinkový, sváteční. Dobře věděli, že duše potřebuje odpočinek. V dnešní době si lidé odpočinek nedopřávají, snad se i domnívají, že jej nepotřebují. Přibývají proto počty nemocí ze stresu, především kardiovaskulární onemocnění, jako i množství neuróz, jak léčených tak neléčených. Neodpočíváme pouze spánkem, můžeme nabírat energii věnování se více rodině, hrát si s dětmi, udělat si výlet, navštívit známé, s někým si popovídat, něco hezkého si přečíst apod. (Křivohlavý, 2004).

Potřeba a podoba odpočinku je čistě subjektivním pocitem. Neexistuje žádný zaručený obecně platný předpis na to, jak odpočívat. Je však možno alespoň rámcově doporučit určité zásady kvalitního odpočinku. Odpočinout si vždy, když pocítíme první příznaky únavy. Oddalováním odpočinku více organismus zatěžujeme a vyčerpáváme. Nejvhodnějším odpočinkem jsou činnosti naprosto rozdílné od našich pracovních aktivit. Například pokud máme sedavé zaměstnání, měli bychom odpočívat aktivně, naopak pokud máme fyzicky náročnou práci, náš odpočinek bude v duchu aktivizace duševního potenciálu. Volnočasová aktivita by neměla být poměřována z hlediska výkonu. Měli bychom mít možnost volit si alespoň část svých aktivit samostatně, ne se stále vázat na své okolí (přátelé, rodina), jelikož nemusí mít o odpočinkových aktivitách stejné představy. Snažit se dávat přednost těm aktivitám, které vyžadují vlastní tvůrčí zapojení, než jen spíše formě divácké (sledování televize, sportovní fandění a podobně). Čas od času změnit stereotyp života, vyvarovat se takzvanému životnímu zotročení, kdy člověk ztrácí zájem o nové aktivity a spokojuje se pouze se svým zaběhlým vyzkoušeným režimem. Nezapomenout si dopřát minimálně jednou za rok souvislý odpočinek v rozsahu alespoň

14 dnů. Na odpočinkové aktivity bychom se měli vždy těšit a jejich průběh si co nejlépe užít, ne je brát jako povinnost či se do nich nutit (Bedrnová, 1999).

Relaxace je stav, kdy se v lidském těle uvolňuje svalové a psychické napětí. Zahrnuje takové činnosti, které člověka baví, jsou mu příjemné a zbavují ho tím stresu a únavy (Křivohlavý, 2010).

Míček (1984) uvádí jako hlavní cíl relaxačního cvičení získání vnitřního ticha a celkového duševního klidu, a také odpoutání se, i když jen na krátký čas, z každodenních starostí.

Relaxovat můžeme chůzí, procházkami do přírody. Svěží vzduch a ticho oproti běžnému hluku tvoří ideální kontrast. Odsunout problémy a starosti, užívat si krás přírody, nemyslet a pouze být. Pokud jsme podráždění a napjatí, naše dýchání je povrchní a obvyklou reakcí je zrychlování dechu. Nácvikem správného dýchání dech zklidníme, zpomalíme a prohloubíme takzvaným bráničním dýcháním. Při tréninku dýchání si můžeme pomoci dlaněmi položenými na určitá místa. Například pod klíčky, oblast volných žeber, na břicho a snažíme se nádech do těchto míst směřovat. Relaxace je střídání napětí a uvolnění určité svalové skupiny. Nejjednodušší forma je uvolňování obličejových svalů. Přiložíme dlaně na obličej, zavřeme oči a obličejové svaly uvolníme. Další formou jak se uvolnit je například dát najevo své emoce, své starosti a problémy a podělit se o ně s nějakým bližním, který si získal naší důvěru, můžeme si psát deníček nebo také navštívit nějakého odborníka např. psychologa. Hlubšího a záměrného uvolnění dosáhneme klasickými relaxačními metodami (Křivohlavý, 2010).

V současnosti existuje několik více či méně si podobných relaxačních a autoregulačních metod a systémů. Za nejznámější je považována jóga, specifické indické duchovní hnutí, jehož podstatou je snaha napomoci člověku prostřednictvím soustavy určitých tělesných a duchovních cvičení k získání dokonalejšího sebeuvědomění a osvobození od vlivů vnějšího světa. A dále neméně známé jsou Jacobsonova progresivní relaxace, Machačova relaxačně aktivační metoda, coueismus a Schultzův autogenní trénink, příloha č. 6 (Bedrnová, 1999).

Dalšími možnostmi relaxace může být aromaterapie, vycházející z egyptských tradic používajících přírodní vonné látky, tzv. éterické oleje. Některé mohou být ve vysoké koncentraci toxické. Proto je nutné je používat naředěné. Například levandule

má zklidňující účinek, tymián aktivuje a citronový olej rozjasňuje náladu. Aromaterapii můžeme kombinovat s masáží. Velké využití, a to také v psychiatrii, má arteterapie, která využívá kresbu ke způsobu relaxace a sebeotevření. Též přínosná je muzikoterapie, která využívá hudby a to nejen k poslechu, ale také k pohybu. V dnešní době máme přímo relaxační hudbu komponovanou již se záměrem zklidnit či příjemně osvěžit naši psychiku. Relaxovat můžeme prostřednictvím barev, každá barva má určitý druh energie. Tato energie na člověka působí prostřednictvím barevných a světelných vln. Moderní terapie barvami využívá různé lampy. Zklidňující účinek je přisuzován modré, zelené, zlaté a růžové barvě. Naopak stimulující účinek má červená, žlutá, oranžová. Nesmíme zapomenout i na léčebné metody akupresuru a akupunkturu, pocházející z Číny schopné uvolnit nejen stres. Jde o stlačování či vpichování jehliček do kůže v místě odpovídajícímu za onemocnění či orgán. Jde o pomocné metody s nezanedbatelným vlivem na uvolnění (Venglářová, 2011).

Užívaná je také biologická zpětná vazba (biofeedback), metoda snímající za pomoci speciálního přístroje fyziologické pochody z povrchu těla, které se ukazují na obrazovce v různých formách a úkolem člověka je učit se regulovat a řídit tyto pochody (Křivohlavý, 2002).

Je vhodné zmínit zde na závěr meditaci, metodu umožňující zastavení se uprostřed všeho shonu, zamyšlení se chvíli nad tím, co bylo, je a co by mělo být. Jako bychom stáli na křižovatce života a sebezpytovali (sebereflexe). Tématem může být vše, s čím se v životě setkáváme. Umět si odpočinout, uvolnit, relaxovat je stejně důležité jako umět se soustředit na práci (Křivohlavý, 2004).

2.3.6 Efektivní hospodaření s časem

Den má 24 hodin a je pouze na každém z nás, jak s tímto časem dokáže hospodařit. Více či méně jsme podřízeni určitému režimu, jehož pravidelnost má velký význam na upevnování zdraví. A má-li být naše hospodaření s časem moudré, měli bychom zvažovat hodnotu každé činnosti, které chceme určitý čas věnovat, a současně si ujasnit náš vztah k času samotnému. Považujme svůj čas za vzácný dar, stejně jako je vzácné zdraví, je vzácný i čas, jenž nám byl dán. Snažme se vědomě řídit výdej času, mějme kontrolu, nad čím jsme strávili čas a neponechávejme jeho tok našemu nevědomí (náhodě). Postačí střízlivý odhad vlastních časových možností. Odlišujme věci podstatné od věcí nepodstatných, zvažujme hodnotu každé činnosti, zdali je vhodné ji věnovat čas našeho

života, zdali je důležitá, naléhavá, nezbytná či nikoli. Důležitým věcem dopřejme více času, jako jsou otázky týkající se tělesného, duševního i duchovního zdraví nás a našich blízkých. Nejdůležitějším věcem věnujme času nejvíce, stojí-li něco za to, aby se to udělalo, bylo by dobré to udělat dobře, takzvaně věnovat tomu čas. Může nám být nápomocný náš žebříček hodnot (pyramida důležitosti). Nedůležitým věcem poté darujme minimum času, naučme se takové činnosti rozpoznat, kde je nutné čas přidat a kde odejmout. Naučme se říci: „ne, tohle dělat nebudu“, již zmiňované asertivní jednání nám může pomoci odstranit požírače času a koncentrovat svou pozornost na lepší využití naší energie a efektivitu důležitých činností. Naučme se hodnotit, zvažovat, bilancovat efektivitu vlastního způsobu přidělování času. Smysl pro řád a pořádek nám pomáhá vytvořit základní stereotypy a návyky, které udržují naši duševní rovnováhu (Křivohlavý, 2010).

3 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Péče o duševně nemocné pacienty je realizována v týmu, v něhož každý má specifické poslání a náplň práce. Vedle lékařů stojí i nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytující zdravotní péči. Nelékařští zdravotničtí pracovníci v oblasti péče o duševní zdraví jsou psychologové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci a ošetrovatelský tým. Poslední zmiňovaný je podmožinou zdravotnického týmu, který poskytuje ošetrovatelskou péči na psychiatrii. Jedná se o všeobecné sestry s vysokoškolským, vyšším, středoškolským či specializačním vzděláním, zdravotnické asistenty, ošetrovatele a všeobecné sanitáře.

3.1 Ošetrovatelská péče a její specifika na psychiatrii

Haškovcová (2000) považuje za nejdůležitější v péči o psychicky nemocné vytvoření kladného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Vlivem proměn moderní společnosti, týmové spolupráce zdravotníků, vyšší vzdělanosti nemocných, akcent na autonomii a další lidská práva nahrazuje se paternalistický vztah za vztah partnerský.

Elexová, Petr ((2006) seznamuje s tím, že v ošetrovatelské péči již není kladen důraz pouze na kontrolu nad mnohými aspekty péče, ale namísto kontroly a podřízenosti tvoří základ vztahu sestra a pacient kooperace. Důležité je zapojení pacienta do procesu péče. Vyžaduje se tedy od něj aktivní spoluúčast, rozhodování a domluva se sestrou, aby společně dokázali nalézt a uspokojit jeho potřeby. Práce sestry na psychiatrii se od jiných oddělení odlišuje především nutností navázat terapeutický vztah s pacientem, provést jej nelehkým obdobím, vytvořit nové bezpečné struktury denního života.

Jedním s nejdůležitějších předpokladů ke zvládnutí náročné ošetrovatelské péče v psychiatrii jsou osobnostní předpoklady sestry. Postoj sestry musí být empatický a citlivý. Zvláště některé skupiny pacientů kladou zvýšené nároky na sebeovládání, zachování si neutrálního postoje. Extrémně náročné je zvýšený nárok na přizpůsobení ošetrovatelské péče individualitě jedince. To znemožňuje určitý stereotyp v reakcích, který by pomohl zvládat velmi vypjaté situace (Elexová, Petr, 2006).

Znalost duševních onemocnění a jejich symptomů je nevyhnutelných předpokladem. Závažné chyby může způsobit špatně zvolený přístup či nesprávné

posouzení příčin pacientova chování. Především u hostility až agrese. Setkání s neklidným či agresivním nemocným nebývá na psychiatrickém oddělení zvláštností. Hlavním úkolem sestry v takovém případě je zachytit včas varovné signály, které předznamenávají nejrůznější projevy a učinit taková opatření k zajištění bezpečnosti pacienta i jeho okolí. V mimořádných případech je nutné vůči pacientovi použít restriktivních postupů a to pouze v situaci, která nelze zvládnout jinými vhodnými terapeutickými přístupy či medikací. Již sama nedobrovolná hospitalizace je výrazným omezujícím prostředkem. Sestra musí být schopna se orientovat v právní problematice ochranné léčby, nedobrovolné hospitalizace. Neméně důležité je, aby znala účinky psychofarmak a možnou kumulaci léčiv v organismu. Během hospitalizace vede nemocné k samostatnosti a tím se snaží předcházet možnému vzniku závislosti pacienta na zdravotnickém zařízení (Elexová, Petr, 2006).

Michálková (2004) zdůrazňuje, že i sestra se účastní psychoterapeutických aktivit jako ostatní členové zdravotnického týmu. Pracuje se skupinami, které jsou různě tematicky orientované, zaměřené především na sebepoznávání, posuzování druhých a vzájemné interakce. O všem pořizuje záznam do dokumentace nemocného, což je pro týmovou spolupráci velice důležité.

Základní metodou k získávání informací pro stanovení specifické ošetrovatelské diagnózy je především pozorování a rozhovor s nemocným. K tomu je třeba, aby sestra oplývala nejen teoretickými, ale především pak i praktickými dovednostmi v efektivní komunikaci. Zvláště pak uměním naslouchat druhým, uměním upřednostnit potřeby nemocných před svými vlastními (Elexová, Petr, 2006).

Ošetrovatelská péče na psychiatrii je v mnohém specifická, mimo jiné i tím, že sestra často ošetřuje pacienty, kteří na svoji nemoc nemají náhled, nespolupracují a odmítají pomoc zdravotnického personálu. Práce zdravotníků na psychiatrickém oddělení je nesmírně náročná a důležitá je nejen odbornost a zkušenosti, ale i vklad nezaměnitelné osobnosti každého člena ošetrovatelského týmu (Elexová, Petr, 2006).

3.2 Osobnostní předpoklady zdravotnického pracovníka

Jak již bylo zmíněno, výkon zdravotnického povolání vyžaduje nejen absolvování příslušné školy, odborné vědomosti, dovednosti, ale ještě něco navíc.

Kopřiva (2000, s. 14) „na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek - lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Pacient potřebuje věřit svému lékaři a cítit lidský zájem od své ošetrovatelky, žák si chce vážít svého učitele, klienti by rádi důvěřovali sociální pracovníci. Tato myšlenka je obsažena v rozšířeném názoru, že v těchto profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost.“

Pojem osobnost má v lidové řeči mnoho různých významů. Často je takto nazýván například vynikající nebo významný jedinec. Z pohledu psychologie jde o individuální celek dispozic k psychickým reakcím, který vyvolává, že na téže situaci či podnět reagují různí lidé odlišně. Reakce jednotlivých funkcí (jako myšlení, cítění, vnímání, chtění) vykazují funkční jednotu (Nakonečný, 1997).

Dle Vágnerové (2011) je osobnost tvořena na biologickém základu a je dále ovlivňována vším, s čím se v životě setkáme. Kromě genetických dispozic a vlivů prostředí, je důležité naše rozhodování a regulace postojů a chování. Jednou z částí osobnosti je sociální oblast. Ta hraje v osobnosti zdravotníka důležitou roli. Jde o schopnosti:

Sociální percepce - umět vnímat druhé lidi. Jde zajisté z části o talent, ale i zkušenosti z praxe a ostražitost před ovlivňováním předsudky. Je důležité učit se vnímat náladu, emoce, stav, ve kterém se právě nemocný nachází a poté zvolit vhodnou strategii k přístupu k němu.

Schopnosti přívětivost, komunikativnost a sociabilita zvýhodňuje lidi s otevřenou komunikativní povahou (extroverti). Komunikace je nejsilnějším nástrojem pro výměnu informací i vyjádřením vztahu a zájmu. Umět komunikovat neznamena pouze se dobře vyjadřovat a ptát, ale též umění naslouchat.

Schopnost týmové spolupráce, práce v kolektivu, společné hledání nejlepších možností a řešení více vyhovuje extrovertům, pro které je typický sociální kontakt, sdílení a vyjadřování emocí navenek. V práci samostatné budou spíše vynikat introverti, se sklonem k pečlivosti a smyslem pro detail. Zde je nezastupitelné místo dobrého manažera, který dokáže temperamentu zdravotníka využít. Platí pravidlo, že pro každého jedince je v týmu místo.

Schopnosti řešení konfliktů, jedná se o náročnou situaci, kdy dochází ke střetu mezi jednotlivci či skupinou. Způsob reakce a chování v konfliktních situacích si během života osvojujeme. Učíme se zvolit vhodnou strategii, jako je snaha o poznání motivů protistrany, hledání kompromisů, řešení výhodných pro každého.

Zacharová (2007) považuje za nezbytné vzhledem k náročnosti zdravotnického povolání, z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu, i další osobnostní předpoklady. Například tvůrčí přístup při řešení svěřených úkolů, dovednost vnímat a realizovat nové podněty, sebekritickou kontrolu vlastního jednání, empatii, pochopení problémů nemocných a soucit s trpícím člověkem. Chování by mělo být sebevědomé, klidné, rozvážené, trpělivé, ne povýšené, s pohotovými reakcemi, uměním se ovládat a odpoutat se od svých zájmů a potřeb, se smyslem pro humor (smát se s nemocným, ne nemocnému). Neodmyslitelně sem patří i náležité hodnotové orientace v každodenní činnosti, v motivaci, v zájmu o člověka a svoji práci, smysl pro odpovědnost a povinnost, kladný vztah k ostatním, jenž pomáhá naplňovat poslání zdravotníka, lidský vztah k nemocnému je projevem vyrovnanosti a zralosti osobnosti.

3.3 Profesionální zátěž, stres a další rizika

Bartošová (2006) uvádí, že práce ve zdravotnictví je spojena s vysokou mírou zátěže, nežli je tomu u většiny jiných profesí. Práce zdravotníků a především sester a ošetřovatelek je jedna z nejtěžších a ze zdravotnického hlediska nejrizikovějších. Zdravotníci jsou ohrožováni, vedle fyzické náročnosti práce a rizika infekce, stále závažnějším problémem a to zátěží psychickou, jejíž dopady na zdraví se posuzují obtížně, působí dlouhodobě a především skrytě.

Psychickou zátěž lze charakterizovat jako neobvyklé či nové situace, do kterých se všichni čas od času dostáváme. Může se také jednat o určité faktory, jež na nás dlouhodobě nebo poměrně krátce, ale mimořádně naléhavě působí a jsme jimi limitováni. Je toho najednou na nás příliš mnoho nebo naopak málo, přibývají povinnosti, tlačí nás čas (Bedrnová, 1999).

Dle Bedrnové (1999) zátěž nemusí vždy působit na jedince negativně. Může být i užitečná, podněcovat aktivitu a další rozvoj jedince. Pokud se však nejedná o extrémní zátěž-situace v běžném životě málo obvyklé, například války, přírodní katastrofy, různé civilizační pohromy, dopravní nehody či jiná neštěstí, dlouhodobé věznění. Je nutno vždy přihlížet k subjektivnímu vnímání člověka. Co je pro jednoho běžné, známé, může

pro jiného být nepřekonatelný problém. Individuální schopnost a míra odolnosti vyrovnat se s psychickou zátěží je označována jako frustrační tolerance.

Vágnerová (2000) rozděluje zátěž dle vzniku a možných následků na:

Konflikt

Konflikt patří mezi běžné potíže, s nimiž se každý člověk v životě opakovaně setkává v sociálním prostředí. Většinou dochází k rozporům mezi požadavky společnosti a potřebami jedince. Některé z vnitřních konfliktů se mohou stát důležitou příčinou vzniku psychosomatických potíží. Většinou však konflikt pouze ruší celkový pocit pohody a sám o sobě nepředstavuje závažnější zátěžový faktor.

Frustrace

Jako frustrující označujeme situaci, kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak nebude. Frustrace je neočekávaná ztráta naděje na uspokojení. Tato situace vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnání nepříznivé bilance. Důležité je snížení pozitivního očekávání, pokud člověk nic dobrého nečeká, nebývá zklamán. Omezení pozitivního očekávání je proto jednou z běžných obranných reakcí. Frustrace může být překonána prostým odložením uspokojení, posílením vytrvalosti a úsilí, změnou motivu či rezignací.

Deprivace

Stav, kdy organismus strádá, některá z objektivně významných potřeb (biologických či psychických též sociálních) není uspokojena v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Deprivace patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům. Může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak jeho psychický vývoj. V rozvoji osobnosti může dojít ke vzniku specifických psychických odchylek.

Stres

Jde o závažný zdroj zátěže. Z psychologického hlediska lze definovat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Termín stres má v současnosti širší použití, bývá jím také označována zátěžová situace či stav individua.

Jičínská (2010, s. 61): „*stres lze definovat jako komplexní proces, který vzniká jako odpověď na nadměrné požadavky (stresory), kladené na tělesné a duševní rezervy jedince. Nesoulad mezi požadavky (stresory) a schopnostmi jedince (salutory) tyto požadavky zvládnout je prožíván jako ohrožení rovnováhy organismu.*“

Křivohlavý (1994, s. 10) cituje mnoho autorů, kteří stres rozmanitě definují a mnohdy jej také chápou jako synonymum pro zátěž či jinak vyhrocenou situaci. On sám interpretuje stres jako: „*vnitřní stav člověka, je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.*“

Se stresem jsou v odborné literatuře zmiňovány dva pojmy, distres a eustres. V obou případech je jedinec vystavován stresu. O distresu hovoříme v případě, kdy přetížení člověka v určité situaci výrazně převyšuje jeho možnosti. Naopak situace, které nás přetěžují, ale jsou příjemné a tedy vítané, mluvíme o eustresu. Příkladem může být náročná příprava ženy na svatbu. Zajisté jí velice zatěžuje, ale kdo by to rád nepodstoupil (Křivohlavý, 2010).

Dle Vágnerové (2000) prožívání stresové situace vyvolává pocity neovlivnitelnosti situace, nepředvídatelnosti vzniku stresové situace a nevládnutelnosti situace.

Křivohlavý (2010) uvádí příznaky stresu, na kterých se shodla řada odborníků. Ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) vznikl seznam příznaků typických pro stres. Příznaky behaviorální jsou nejcitlivější a objevují se jako první, proto jsou uvedeny jako první. Naopak kde se již projeví i fyziologické příznaky, tam si můžeme být 100% jisti, že se nemýlíme a u těchto jedinců se usazuje stres.

Behaviorálními příznaky jsou nerozhodnost, nejistota v situacích s více možnostmi volby, změněný denní rytmus, potíže s usínáním a spánkem, neustálé bědování a nářky, pesimistické vidění světa, zvyšující se nepozornost, špatná koncentrace, snaha vyhnout se práci, odpovědnosti a svěřeným úkolům a snížení kvality, množství vykonané práce. Dochází k zvýšení konzumace alkoholu, nejen u alkoholiků, kouření více cigaret a zvětšují se závislosti na ostatních drogách.

Psychologické příznaky náhlé a výrazné změny nálady, od euforické radosti k hlubokému smutku, podrážděnost, popudlivost až stavy úzkosti, větší trápení se zdaleka nedůležitými věcmi, nadměrné pocity únavy, zvýšený strach o vlastní zdraví a fyzický zjev, neschopnost

empatie či sympatičnosti v mezilidských vztazích, větší snění a stažení se ze sociálního styku.

Fyziologické příznaky stresu jsou palpitace, subjektivní vnímání nepravidelné srdeční činnosti, nesnesitelné bolesti hlavy až migréna, zvýšené svalové napětí, často spojené s bolestmi páteře, zad, bolest a pocit svírání za hrudní kostí, nechutenství a meteorismus, křečovitě bolesti v podbřišku, často spojené s průjmem, časté nucení na močení, ztráta chuti na sex až úplná impotence, bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukách i nohou, vyrážky (exantémy), u žen výrazné změny menstruačního cyklu, nepříjemné pocity v krku, takzvaný knedlík v krku a obtížné soustředění obou očí k jednomu bodu, až zdvojené vidění.

Bartošíková (2006) vyjmenovává některé zátěže zdravotníků, především zaměřené na práci sestry.

Z **fyzikální, chemické a fyzické** jde o zátěž statickou (zatěžování nohou při stání například u lůžka, při řadě výkonů, u vizit), dynamickou (popocházení, přecházení, vyřizování), zátěž na páteř při zvedání, polohování nemocných, úpravě lůžka, zatěžování svalového a kloubního aparátu, kontaktu s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené defekty, nehojící onemocnění, zápach, vyrážky, deformity), riziko infekce, narušení spánku vlivem směnného provozu, nedostatek klidu a času na pravidelné stravování a dodržování pitného režimu, kontakt s desinfekčními prostředky, farmaky, pomůckami (rukavice a jiné), hluk, nedostatečné osvětlení, radiační záření.

Z **psychické, emoční, sociální** zátěže udává stálou potřebu soustředění, pozorné sledování stavu nemocného, přístrojů, instrukcí, rychlé přepojování mezi aktivitami, přizpůsobivost k reagování na různorodé potřeby a změny, náročnost na paměť, vysokou zodpovědnost za výsledky (následky) práce, potřebu samostatného rozhodování při respektování daných pravidel, nutnost improvizovat při nárazovém charakteru práce, častý styk s lidmi v těžkých emočních stavech, každodenní konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyvolávající pocity bezmocnosti, vstupování do intimity druhých (zavádění sond, aplikace klyzmatu, injekcí, cévkování), působení bolesti druhému člověku, obeznamenost s velmi soukromými záležitostmi pacientů a jejich rodiny, vykonávání řady činností, které běžně vzbuzují odpor, opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost uvažovat i o svém životě, o svých hodnotách a postojích, komunikování s příbuznými, konflikt rolí, nízké ohodnocení náročného povolání, neustálé nároky na učení a zvyšování kvalifikace.

3.3.1 Možnosti předcházení a zvládnání stresu

„Každý člověk přichází na svět s určitými vrozenými dispozicemi, které do jisté míry předurčují úspěšnost pro něj charakteristických forem reagování na zátěž, resp. efektivnost způsobů, jejichž prostřednictvím zvládá stres. Tyto dispozice mohou být navíc od nejujtějšího dětství jedince výchovou a dalšími okolnostmi vývoje a utváření jeho osobnosti jak posilovány, tak oslabeny.“ (Berdrnová, 1999, s. 73)

Berdrnová (1999) uvádí pro praxi několik technik či způsobů zvládnání stresu v akutní stresové situaci. Do takové situace se zdravotník často dostává např. při konfliktu s vedoucím, pacientem či jiné zátěží, kdy náš organismus na úrovni neurofyziologických mechanismů mobilizuje látky vybuřující agresi nebo útok. Tyto reakce jsou však z hlediska kulturních tradic, sociálních i etických norem nepřijatelné. Naše tělo však trpí, klesá výkonnost a obvykle to velmi nepříznivě prožíváme. Proto několik rad ze zkušeností lidí, lidových moudrostí, jak v takové situaci z hlediska zachování si vlastního zdraví účinně postupovat:

Protistresové dýchání. Je obecně známo, že v akutní stresové situaci se objevuje nepravidelné dýchání, někdy doslova člověk přestává dýchat. Proto se zaměřme na pravidelné dýchání, pomalu zhluboka nadechnout a rychle vydechnout, a to až do dna. Je potřeba několikrát opakovat. Vhodné je učit se regulovanému dýchání dříve, nežli se do stresové situace dostaneme. Jak tedy na tento trénink. Cvičte sami, pohodlně se posaďte, ruce v klíně, oči zavřené, zaměřte se pouze na rytmické dýchání, posléze zkuste nádech i výdech prodlužovat a všimněte si, jak s prodloužením výdechu přichází zklidnění, relaxace.

Chvilková tělesná relaxace. Reakcí na stres bývá i zvýšené svalové napětí, zejména svalů obličejových. Zvládneme-li tento stresový svalový tonus snížit, ovlivníme tím blahodárně i svoji psychiku. A proto uvolněte sevření čelistí, ústa a ústní koutky, veškeré obličejové svalstvo (zvláště kolem očí), zvlhčete jazykem rty a nechte je volně ležet v ústech.

Koncentrace na „kredenc“. Symbol „kredence“ je zde brán jako emočně neutrální předmět, na který zaměříme svoji pozornost. Tudíž se zcela přirozeně a nenásilně odpoutáme od stresoru a snížíme psychické napětí.

Zůstat chvíli sám. Někdy nám stres působí jiná osoba pro nás s nepřijatelným chováním, jednáním, názory, postoji, je-li to společensky vhodné, odejdeme z místnosti, například na chodbu, WC a můžeme se třeba soustředit na „kredenc“.

Změna činnosti. Tato technika využívá podobně jako koncentrace na „kredenc“ nenásilné, přirozené odvedení pozornosti od zdroje zátěže na novou činnost.

Rozhovor s někým třetím. Tím se rozumí osoba, která nemá nic společného s naším stresem. A tedy máme-li dobrého kamaráda, přítele, a jsme-li ve stresu, zatelefonujeme mu a popovídejme si. Dobrá komunikace vytváří pozitivní emoce (radost, nadšení, lásku) a kladné životní postoje (humor, smích, veselost, legraci).

Počítání. Pravděpodobně všichni známe rčení „napočítej nejdřív do deseti“ užívané, když je člověk rozčilen. Na téměř totožném principu je založena tato metoda. Jde o odvedení pozornosti k sice jednoduché, ale racionální činnosti, v níž není místo pro emoce (Bedrnová, 1999).

Haluzíková, Římovská (2010) doporučují jako prevenci psychohygienu, a to zaměřit se především, jak žít smysluplný život, sestavit si žebříček hodnot a vědět, co je pro nás důležité a co je možno s klidným svědomím obětovat. Mít konkrétní cíl (nadějný, hodnotný, dosažitelný), udržovat rovnováhu mezi salutory a stresory, relaxovat a radovat se ze života.

Gulášová (2012) píše, že v životě se nemůžeme stresu vyhnout. Důležité je, abychom se naučili kontrolovat svoje reakce na tyto podněty, aktivně pracovali na odstranění svalové nerovnováhy a naučili se psychosociálně upevnit a relaxovat. Vyzdvihuje rozhodující úlohu v boji proti stresu především snahou každého jednotlivce. Doporučuje pozitivní emoce, vzrušení, radost, štěstí, smích, potěšení, schopnost těšit se z maličkostí a lásku. To vše zvyšuje odolnost snášet stres.

3.3.2 Neefektivní strategie zvládnání stresu

Jde o užívání návykových látek, jako je tabák, káva, alkohol. Kdy dochází ke zvýšení zátěže kardiovaskulárního systému. Zejména u zdravotníků jsou známá rizika užívání návykových léků, především hypnotika a anxiolytika (Venglářová, 2011).

Křivohlavý (2003) poukazuje na experimentální studie, kde kouření je do jisté míry vhodným mediátorem (prostředníkem) mezi stresem a jeho zvládnutím. Kouření má

z krátkodobého pohledu pozitivní vliv na pocit zvládnutí stresu, avšak o jeho negativních účincích na organismus nemůže být sporu.

Další nevhodnou strategií dle Venglářové (2011) je únik. Pracovní zátěži nelze unikat. Vyhýbat se pracovním povinnostem je krátkodobá záležitost, která řešení nepřinese. Nic nezlepšíme ani agresí, obviňováním druhých, okolnostmi osudu a podobně. Naopak agresivní napadení lidí kolem sebe oslabuje zdroje sociální opory, která je jedním důležitým pomocníkem při zvládnání zátěže. Jestliže si své blízké, rodinu, přátele a známé tímto nevhodně zvoleným způsobem od sebe odeženete, zůstanete na svízelnou situaci sami, a to je to nejhorší.

4 NÁSLEDKY NEDODRŽOVÁNÍ PSYCHOHYGIENY

Motivace lidí v pomáhajících profesích, včetně zdravotnictví, je velmi podobná - pomáhat druhým lidem. Vstupují do profese s nadšením a ideály a teprve postupně zjišťují, s jak velkým výkonovým i emočním nasazením musí počítat (Bartošíková, 2006).

„Smysl profese zdravotní sestry není jednoznačný. Jde převážně o poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba, informace o úspěšnosti jejího působení není vždy dosažitelná (např. u psychicky nemocných, pacientů s poruchami vědomí, umírajících). Výsledky profesionální činnosti zdravotní sestry jsou málo zjevné a mají charakter dlouhodobé perspektivy. Hodnota vykonané práce je prakticky nevyčíslitelná, a možná i proto je nedostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami - i toto je důvod, pro který hrozí sestram vyhoření.“ (Venglářová, 2011, s. 38)

Právě uchopení motivu pomáhání představuje velké nebezpečí. Pomáhající je vystaven riziku, zvaný syndrom pomocníka a syndrom vyhoření.

4.1 Syndrom pomocníka

Jde o zajímavý pohled německého psychologa W. Schmidbauera (2008) na motivaci pracovat v roli pomáhajícího. Domnívá se, že i samý základ vůle pomáhat tkví v egocentrismu a že rozlišení, které chování můžeme hodnotit jako altruistické a které egocentrické, závisí na kultuře, v níž žijeme. Syndrom pomocníka spočívá v neschopnosti vyjadřovat vlastní city a potřeby, jež jsou součástí osobnostní struktury, v níž se spojila ve zdánlivě nenapadnutelnou fasádou v oblasti sociálních služeb a skrytých fantaziích o vlastní všemohoucnosti. Vyhoření je pouze jeho začátkem. Rychleji vyhoří samozřejmě ten, kdo se nenaučil rozlišovat mezi perfekcionismem a realistickými nároky své motivace k pomáhajícímu povolání. Ale tou skutečně svazující perspektivou tohoto pracovníka je především jeho selhání v hodnotových představách a náhledech na to, co je mu nejbližší - na sebe samého. Vždyť v žádné profesní skupině se vlastní (psychické) poruchy tak nebagatelizují a nezastírají jako v té, která má bezprostředně co dočinění s ošetřováním takových poruch. Vítané a podporované je pouze přiznání slabosti, bezmocnosti či jiných emočních problémů u druhých. Představa o sobě sama musí zůstat ušetřena takových poskvrn.

O syndromu pomocníka dle Venglářové (2011) mluvíme tedy tehdy, když se role pomáhajícího vryje pod kůži příliš, když není něco v pořádku. A v nepořádku může být ledascos. Stručně uvádí několik typů takzvaných bezmocných pomáhajících.

Klasickým příkladem je **oběť povolání**, velký pracant, kterého šéfové milují, kolegové již méně. Jde o člověka, který je zcela oddán své profesi. Na dovolené je jen krátce, stýká se i ve svém volném čase pouze s lidmi svého oboru. Rodina pokud není také z oboru, má smůlu. Opačným typem je **pomáhající dvou tváří**, má hrůzu s toho, že by měl doma pomáhat či starat se a být hodný. Proto zaujme postoj - doma jsem zásadně jiný než v práci. Doma pak může být až netečný, neempatický a chladný vůči všem. Tento postoj bývá reakcí na přílišné obětování se své profesi. Zcela jiný je **perfekcionista**, kterému se líbí jeho pracovní role, a proto v ní zůstává i doma. Každý se jistě dopustil drobných přesmyček, jako zvedl telefon a ohlásil se chirurgie B či poslal návštěvu umýt si ruce. Zde je situace komplikovanější např. nadřízený i doma řídí provoz stejně pevnou a neochvějnou rukou a naopak podřízený se může i doma chovat neiniciativně a nesamostatně. Opakem perfekcionisty je **pirát**. Takový člověk zneužívá své profese k osobnímu zisku, od pacientů žádá protislužbu a ten chtě nechtě, rád nerad mu ji poskytne, neboť nemá na výběr (Venglářová, 2011).

Detailní zkoumání našich motivů a zisků, ale bohužel i ztrát z naší práce s lidmi, může sloužit jako ochrana zdravotníka, aby se nestal bezmocným pomáhajícím (Venglářová, 2011).

4.2 Syndrom vyhoření

Jak již bylo zmíněno, jde o syndrom, který se objevuje u profesí, pro které je charakteristická vysoká pracovní náročnost (zátěž, stres), intenzivní kontakt s lidmi a mnohdy neadekvátní ohodnocení. Nejde o nemoc, ale o proces, který může trvat i několik let. Vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou náročné emočně. Zárodky tohoto jevu jsou možná položeny už v osobnosti a v hodnotovém systému člověka (Bartošíková, 2006).

Venglářová (2011) uvádí tyto povahové a osobnostní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření:

Pevná vůle o odhodlanost - neradí se vzdávají a přiznávají chybu, tím mohou vznikat časté konflikty na pracovišti.

Perfekcionismus - výkonní dřiči s vysokou laťkou pro sebe i ostatní. Nespokojí se s průměrným výkonem. Snaží se být nejlepší. Což se může jevit jako vhodné, ale oni se často ocitají pod velkým tlakem.

Workoholismus - neustále pracují, práce je jejich drogou, neumějí odpočívat, což může být velkým nebezpečím pro okolí (pacienty) - snadno se dopustí chyby z únavy.

Přecitlivělost - problémy v práci jim leží velmi dlouho v hlavě - obvykle zbytečně.

Přehnaná empatičnost - nemají hranice a příliš se vžívají do problémů druhých.

Snížené sebevědomí - nevěří si, vše po sobě kontrolují a tím se prodlužuje jejich pracovní doba.

Značná cílevědomost - jejich život řídí přesný řád a cíl, naopak nenávidí chaos a rozruch. Jejich cíle jsou přehnané - idealistické a jejich dosahováním se přepínají.

Nadměrná zodpovědnost - stále musí usilovně přemýšlet, aby neudělali chybu, která by přinesla neúspěch nebo poškození druhé osoby (pacienta).

Sklony k soběstačnosti - nejraději si dělají vše sami, než aby trávili čas vysvětlováním druhým, jak se to dělá. V důsledku toho, pak sami přicházejí o čas, zabřednutím do maličností či se snaží přijít na věci sami, místo aby si nechali poradit.

Značná soutěživost - nejen že chtějí, ale musí vyhrát za každou cenu. V pracovním týmu jsou často neoblíbení.

Žijí z úspěchu a uznání - potřebují dosáhnout úspěchu, protože se cítí nejistí. Na úspěchu zakládají svou sebedůvěru a pozitivní sebehodnocení.

Častý odpor k pravidlům - řídit se pravidly pro ně představuje klec, ve které se necítí dobře. Potřebují volnost, možnost pracovat kreativně, improvizovat - dělat si vše po svém. V sesterské práci nedodržují např. denní režim, standardní ošetrovatelské postupy (Venglářová, 2011).

Syndrom vyhoření má několik stádií. Existuje celá řada autorů rozdělujících fáze syndromu vyhoření. Jičínská (2010) nabízí čtyřfázový model Maslachové:

Nadšení - prvořadé je zapálení, ideály, jasný cíl, kvalitní práce, smysluplnost, kreativnost - přetěžování se.

Vystřízlivění - upadá počáteční nadšení, z ideálů je slevováno, pocit nevděku, neúspěch, bezmoci.

Frustrace - zdravotníka začínají zajímat otázky efektivity a smyslu vlastní práce, objevuje se tunelové vidění: vidí pouze svoji práci a nic jiného ho nezajímá. Je osamělý se svými problémy, dochází k velké deziluzi a zklamání.

Apatie - zdravotník vnímá své povolání pouze jako zdroj obživy, koná pouze nejnnutnější práce, vyhýbá se styku a komunikací s nemocnými, dalšímu vzdělání. Pracovník je vyčerpaný, negativistický, lhostejný a naprosto se vyhýbá profesním požadavkům.

Každé stádium zasahuje více do určité oblasti života. Nejprve dochází k emočnímu vyhoření, které je lépe vnímáno ženami. Poté může docházet k psychickému vyhoření, ztrátě inspirace a nakonec dojde k fyzickému vyčerpání, které může přejít do psychosomatických onemocnění (Venglářová, 2011).

Jako účinný nástroj rozvoje pracovníků a cesta ke zkvalitňování práce je již poměrně dlouho využíváno supervize (například v sociálních službách, léčbě drogových závislostí, psychoterapeutických praxích, poradnách). Bohužel ve zdravotnictví je stále málo známá a málo užívaná. Tzv. balintovská skupina (jedna z možných typů supervize) zabývající se vztahem zdravotník - pacient je od padesátých let minulého století systematicky užívána v Anglii (vedena samotným autorem této supervize M. Balintem). Supervize se v ČR rozšířila především díky nestátním organizacím. Státní zdravotnická pracoviště (nemocnice a léčebny) ji vyhledávají minimálně a spoléhají spíše na vnitřní supervizi tradiční hierarchii vedoucích lékařů či primářů. Za jistou formu supervize je možno považovat i dobré vedení nástupní praxe sester (Bartošíková, 2006).

„Supervize je setkávání za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce s pacienty. Slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch pacienta.“ (Venglářová, 2011, s. 153)

Podle Váni, Hepnerové (2008) má na vzniku i řešení syndromu vyhoření významný podíl úroveň řízení lidských zdrojů v organizaci. Důležité je věnovat pozornost spokojenosti zaměstnanců, vytvořením optimálních pracovních podmínek a příjemného pracovního prostředí. Mluvíme-li o pracovním prostředí především dbát na úroveň vztahů

na pracovišti, slušnost, motivovanost, umění naslouchat, pomáhat si a sdílet hodnotový žebříček, který tyto vlastnosti staví vysoko.

4.3 Psychosomatická onemocnění

Chápeme-li člověka a jeho fungování organismu v holistickém pohledu, pak somatické příznaky a dysfunkce činnosti různých orgánů a orgánových systémů jsou úzce propojeny s psychosociálními faktory. Vzájemné propojení mezi tělem a psychikou, myslí či duší, je studováno již ve staré literatuře od dob Babylonu a antické řecké filozofie (Faleide, Lian, Faleide, 2010).

Vztah mezi psychickou a somatickou složkou člověka je velmi těsný. Obě součásti jsou spojeny regulačním vlivem nervové soustavy, a to především vegetativního a endokrinního aparátu. Nápadnosti a odchylky, jež prvotně vznikají v jedné, zcela zákonitě ovlivňují druhou. Tyto vztahy fungují nenápadně i při v životně běžných okolnostech. Například stresová situace (tréma, vztek, úzkost, strach...) působí prostřednictvím změny emočního ladění na tělesný stav (zvýšenou sekrecí slin, potních žláz, zrychlením tepu...). Takové projevy řídí vegetativní systém, člověk je nemůže vlastním chtěním ovlivňovat. Nezládnuté dlouhotrvající zátěže mohou takovým způsobem dlouhodobě ovlivňovat fyziologické funkce, že u disponovaných osob vyvolají nebo udržují některé tělesné potíže. Odlišit, zda se jedná o primární somatické onemocnění či větší roli hraje psychická složka, je obtížné. Jsou však onemocnění, která bývají více ovlivněna psychickými faktory, jako hypertenze, infarkt myokardu, žaludeční a dvanáctníkové vředy, bronchiální astma, cukrovka atd. (Vágnerová, 2000).

Vágnerová (2000) uvádí, že na vzniku psychosomatických poruch a onemocnění mají vliv především somatické dispozice jedince (genetika, životospráva, na základě již prodělaných chorob a úrazů), psychické dispozice jedince (osobnost, temperament, sklon k určitým emočním reakcím, odolnost vůči zátěžím, úroveň poznávacích procesů, ale i zkušenosti a schopnosti, jakými člověk disponuje). Je nadmíru zřejmé, že neméně důležitý vliv mají sociální faktory (především rodinná situace a partnerské vztahy).

Závěrem lze shrnout, že psychosomatická onemocnění jsou neadekvátní reakcí na subjektivně nezvládnutelnou zátěž nebo konflikt. Psychice však přináší úlevu, a proto se fixují jako řešení, i když jde o projev maladaptivní, avšak subjektivně alespoň do určité míry účinný (Vágnerová, 2000).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Formulace problému

Hektické životní tempo dnešní doby a náročné povolání je spojení, se kterým se musejí zdravotníci denně vyrovnávat. Péče o psychiatricky nemocné je velmi specifická, náročná po stránce psychické a mnohdy i fyzické. Nelékařští zdravotničtí pracovníci (NLZP) v oblasti péče o duševní zdraví jsou nejen v profesním životě vystavováni celé řadě stresorů. Jednotlivé stresory i jejich intenzita jsou vždy vnímány individuálně a stejně i metody k jejich zvládnutí. Schopnost vyrovnat se stresovými faktory je důležitým předpokladem k udržení vlastního zdraví.

5.2 Cíl a úkol průzkumu

Cílem tohoto průzkumného šetření bylo zmapovat péči o své zdraví u NLZP v oblasti péče o duševní zdraví v Psychiatrické léčebně Dobřany (PLD). Především jsem se zaměřila na vnímání a zvládnutí profesního stresu, a následně na jejich informovanost o psychohygieně.

- Cíl I. Zjistit subjektivní míru pracovní zátěže NLZP v péči o duševní zdraví v PLD.
- Cíl II. Zjistit, jakým způsobem NLZP v oblasti péče o duševní zdraví eliminují zátěž plynoucí z jejich profese.
- Cíl III. Zjistit, jaká je povědomost NLZP v oblasti péče o duševní zdraví o psychohygieně.

5.3 Hypotézy

1. Předpokládám, že NLZP v oblasti péče o duševní zdraví budou pociťovat více psychickou než fyzickou zátěž.
2. Předpokládám, že zvyšující se fyzická zátěž je závislá na délce praxe všeobecné sestry v PLD.
3. Předpokládám, že největším stresorem pro NLZP v péči o duševní zdraví je finanční ohodnocení.

4. Předpokládám, že nejvíce NLZP v oblasti péče o duševní zdraví budou eliminovat svou profesní zátěž sociální oporou.
5. Předpokládám, že nejčastěji z životosprávy NLZP v oblasti péče o duševní zdraví využívají spánku.
6. Předpokládám, že využívání tělesného pohybu závisí na věku NLZP v oblasti péče o duševní zdraví.
7. Předpokládám, že povědomost o psychohygieně je závislá na stupni vzdělání u NLZP v oblasti péče o duševní zdraví.
8. Předpokládám, že většině NLZP v oblasti péče o duševní zdraví mající dostatek informací o psychohygieně se daří odbourávat profesní zátěž.

5.4 Vzorek respondentů

Výzkumné šetření se uskutečnilo v Psychiatrické léčebně v Dobřanech, která je odborným lůžkovým zdravotnickým zařízením, zabezpečujícím především dlouhodobou léčbu a léčebnou rehabilitaci psychicky nemocných pacientů všech věkových kategorií v návaznosti na akutní psychiatrickou léčbu. Dotazníky jsem vytvořila pro NLZP pracující v tomto zdravotnickém zařízení. Vzorek respondentů účastnících se tohoto výzkumného šetření činil 152 NLZP v oblasti péče o duševní zdraví.

5.5 Metody průzkumu

V praktické části bakalářské práce bylo použito kvantitativního šetření technikou dotazníku. Anonymní dotazník (příloha 7) obsahoval 27 otázek, z nichž 12 bylo uzavřených a 9 polootevřených. Na začátek dotazníku byly umístěny demografické a statistické údaje, otázky č. 1 - 6.

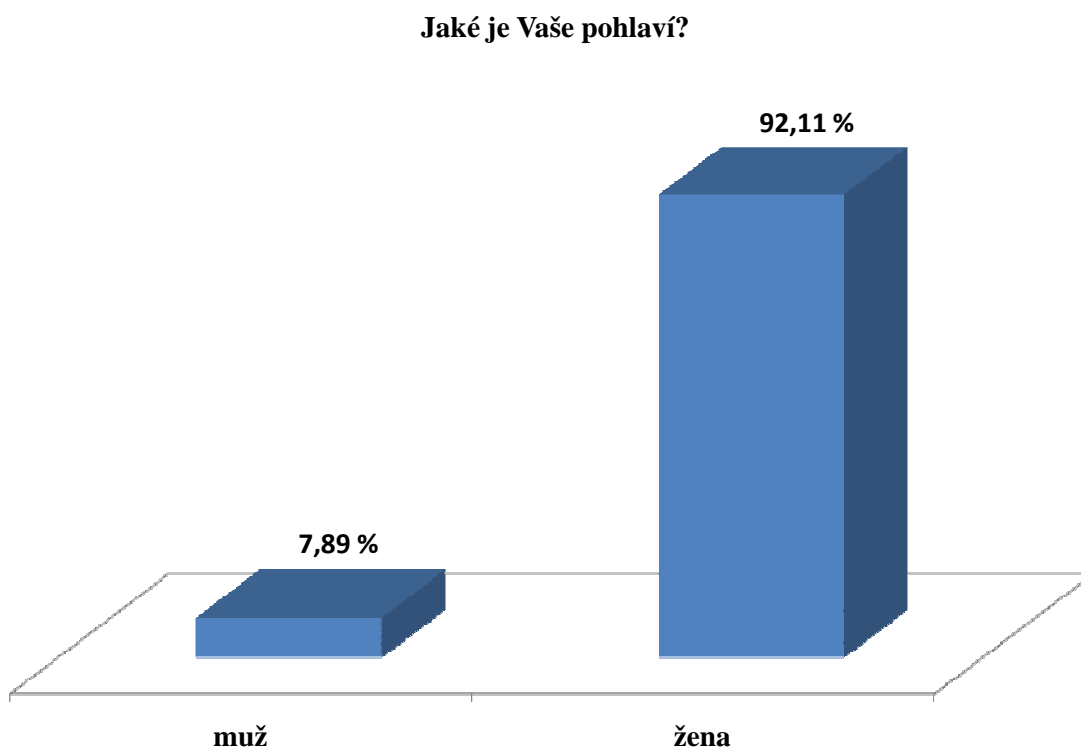
Před výzkumným šetřením pro tuto práci byla provedena pilotáž, které se účastnilo 30 respondentů. Předvýzkum byl proveden dotazníkovou metodou takzvanou face to face s respondentem. Tito respondenti již nebyli osloveni při dalším výzkumném šetření. Pilotáž sloužila k ověření srozumitelnosti dotazníku a ke korekci chyb, které byly v dalším průzkumu odstraněny. Výzkumné šetření bylo provedeno v listopadu a počátkem prosince roku 2012.

5.6 Zpracování údajů

Celkem bylo rozdáno 190 dotazníků. Zpět se vrátilo 160 dotazníků, návratnost tedy činila 84 %. Po kontrole dotazníků bylo vyřazeno 8 dotazníků z důvodu neúplného či nesprávného vyplnění dat. K výzkumnému šetření bylo použito 152 dotazníků hodnotně vyplněných a použitelných ke zpracování výsledků. Výsledky byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Excel. Pro prezentaci výsledků byly použity grafy. Výsledky jsou uvedeny v procentech nebo číselných hodnotách.

5.7 Prezentace a interpretace získaných údajů

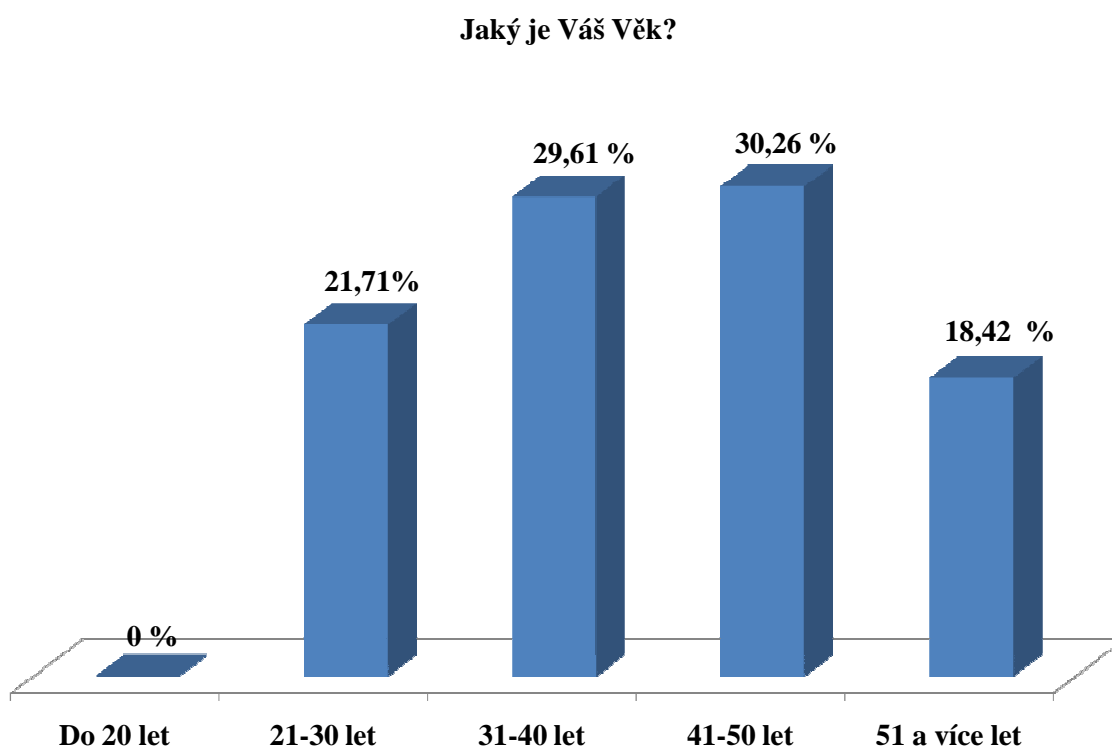
Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj vlastní

Jak uvádí graf, ze 152 oslovených respondentů převažovaly ženy 92,11 % (140), muži tvořili 7,87 % (12).

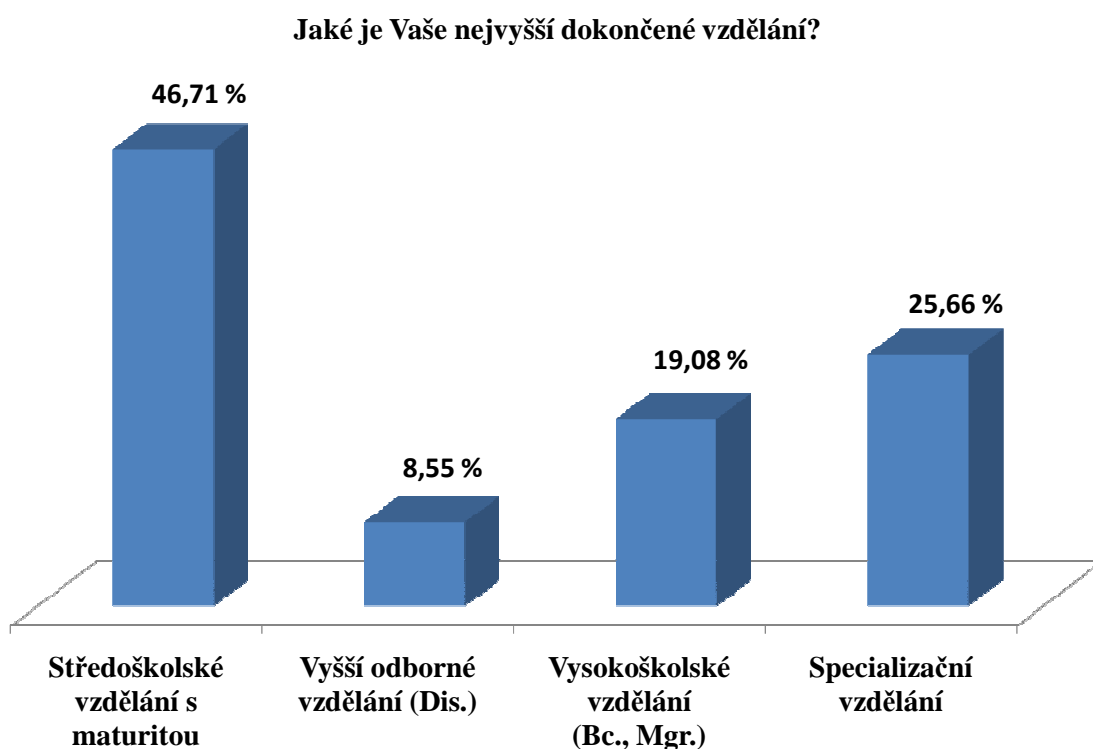
Graf 2 Věk respondentů



Zdroj vlastní

Nejpočetněji zastoupenými skupinami jsou respondenti ve věku 41-50 let a to 30,26 % (46) a 31-40 let celých 29,61 % (45). Respondentů ve věku 21-30 let bylo 21,71 % a nejmenší skupinou tvořili respondenti ve věku 51 a více let v počtu 18,42 % (28). Věkovou skupinu do 20 let netvoří žádní respondenti. Lze se jen domnívat, že mladé zdravotníky obor psychiatrie příliš nepřitahuje.

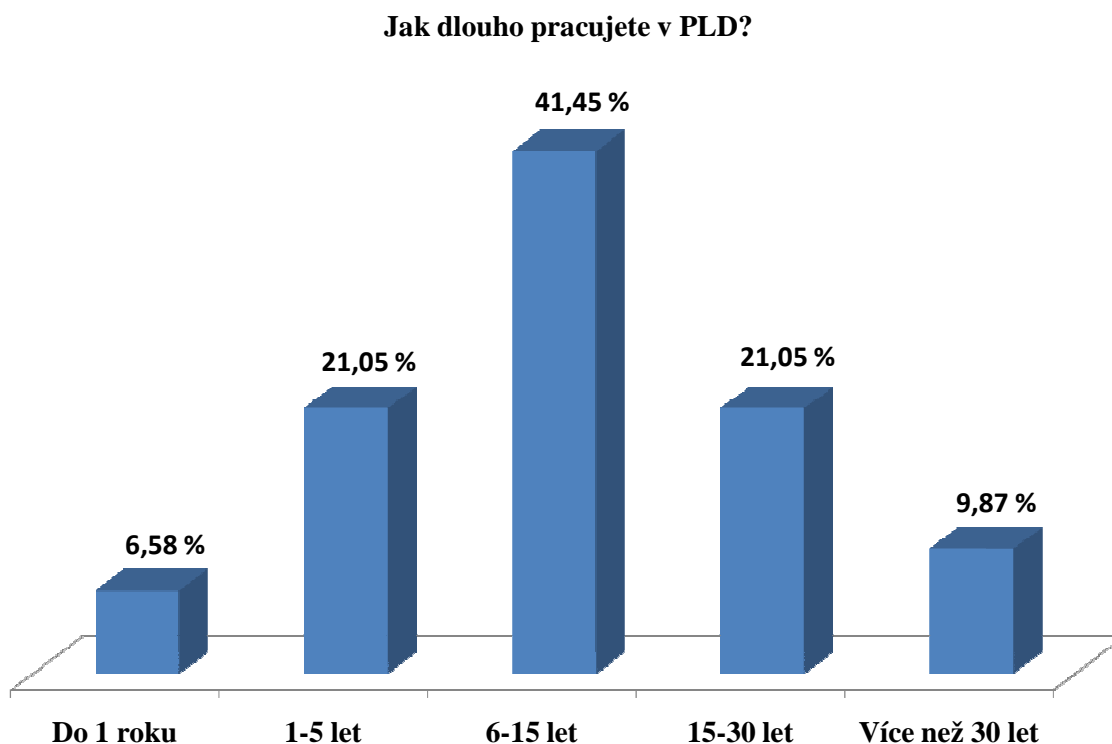
Graf 3 Vzdělání respondentů



Zdroj vlastní

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů uvedlo jako nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské s maturitou a to 46,71 % (71). Specializační studium absolvovalo celkem 25 % (39) respondentů a 19,08 % (29) respondentů má vysokoškolské vzdělání s bakalářským či magisterským titulem. Vyšší odbornou školu vystudovalo 8,55 % (13) respondentů a tvoří nejméně početnou skupinou.

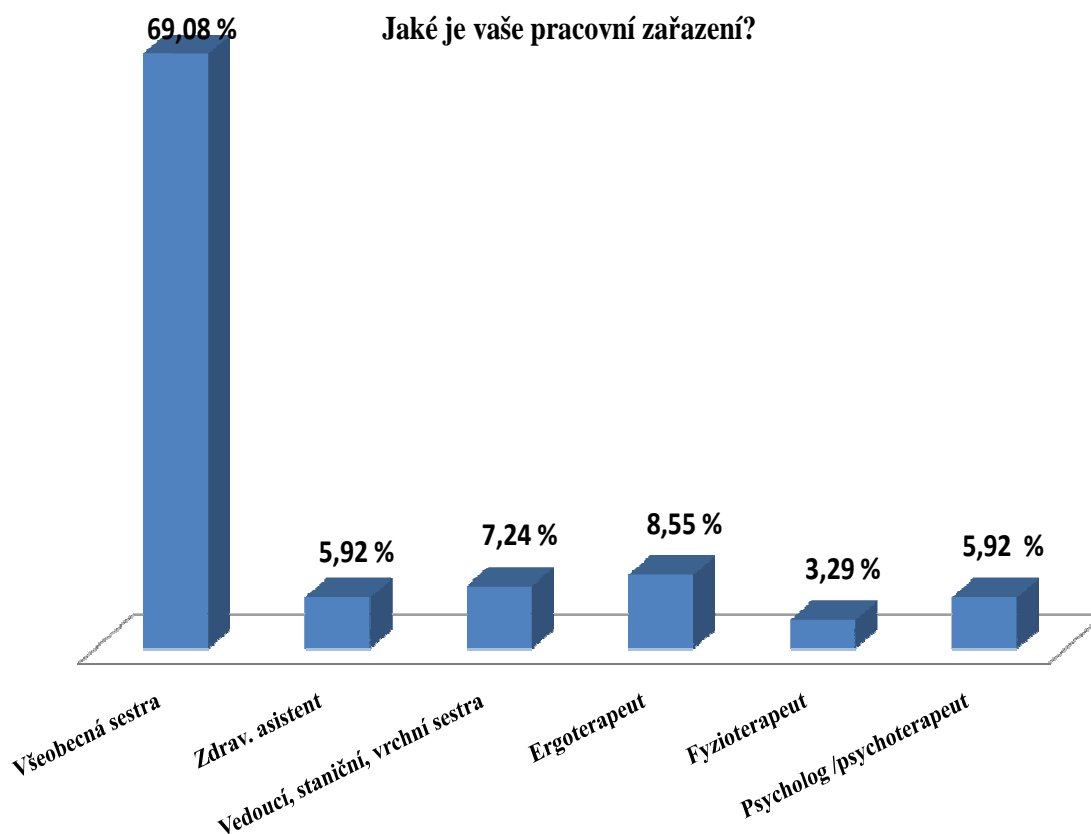
Graf 4 Délka praxe respondentů v PLD



Zdroj vlastní

Nejvíce respondentů tvoří skupina zaměstnanců pracujících v PLD 6-15 let a to 41,45 % (63). Praxi v PLD od 1-5 let a 15-30 let tvoří stejný počet 21,05 % (32) respondentů. Více než 30 let pracuje v PLD 9,87 % (15) respondentů a nováčci v PLD do 1 roku tvořilo 6,58 % (10) respondentů. Z grafu je patrné, že 3/4 respondentů tvoří zaměstnanci s odbornou praxí nejméně 6 let.

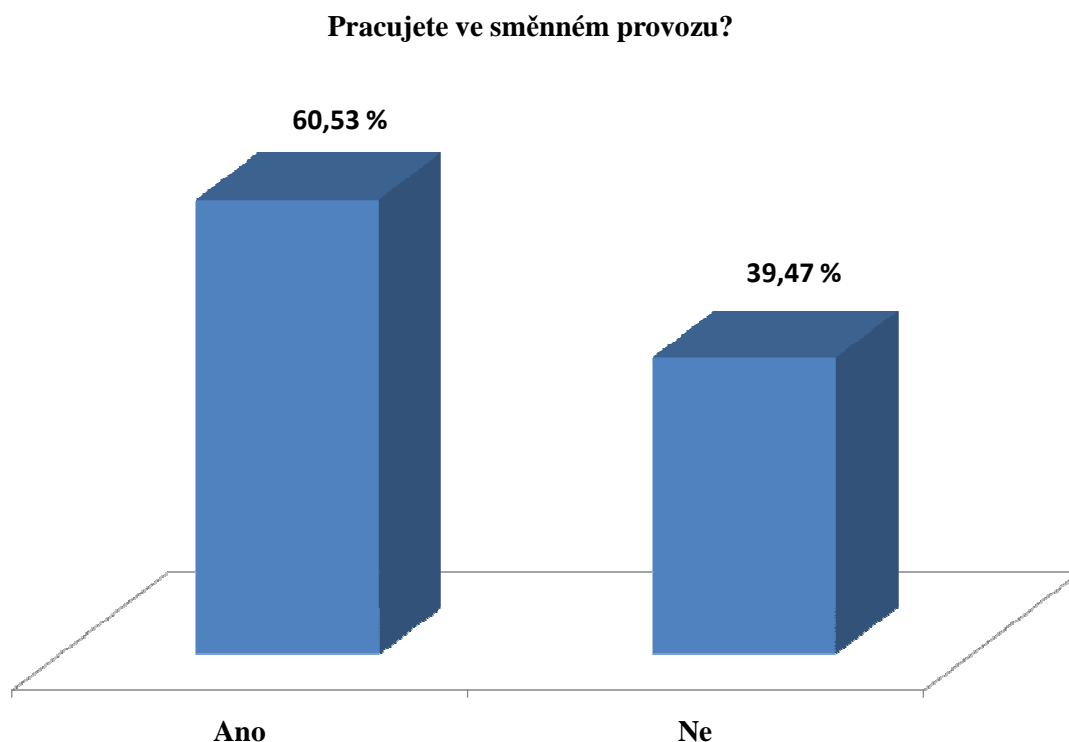
Graf 5 Pracovní zařazení respondentů



Zdroj vlastní

Nejpočetnější skupinou respondentů jsou všeobecné sestry a to 69,08 % (105). Vzhledem k rozdílné pracovní náplni jsou pro statistické údaje vedeny vedoucí pracovníci zvlášť a tvoří z celkového počtu respondentů 7,24 % (11). Zdravotnický asistent je zastoupen pouze v 5,92 % (9), stejný počet respondentů tvoří psychologové, psychoterapeuti. Ergoterapeuti jsou zastoupeni ve vzorku respondentů 8,55 % (13) a nejmenší skupinku tvoří fyzioterapeuti 3,2 % (5) celkového počtu respondentů. Tento poměr odpovídá poměrnému zastoupení jednotlivých nelékařských profesí v PLD.

Graf 6 Rozvržení pracovní doby respondentů.

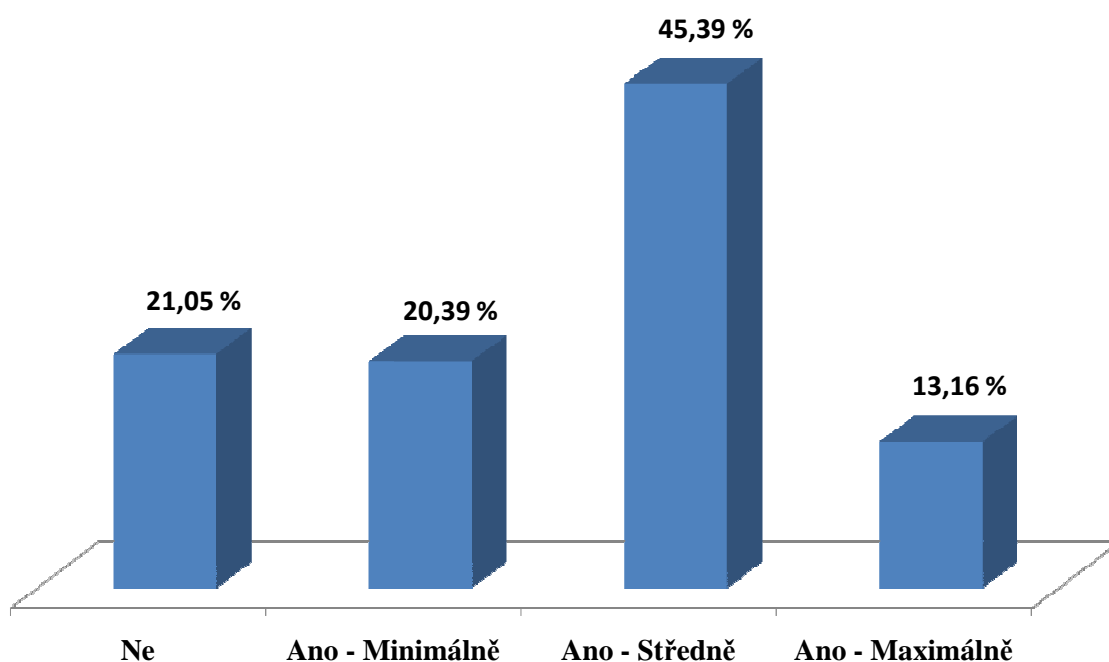


Zdroj vlastní

Více jsou mezi respondenty zastoupeni NLZP pracující na směny a to 60,53 % (92). V PLD je nepřetržitý provoz zajišťován ve všední i víkendové dny stejně a to dvěma směnami. Denní směna od 7 - 19 hod. a noční směna od 19 - 7 hod. Zdravotníci pracující pouze na ranní směnu jsou zastoupeny mezi respondenty 39,47 % (60). Jejich pracovní směna je osmihodinová. Na směny pracují pouze všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti, ostatní profese mají ranní směny. Statisticky lze říci, že více nežli polovina respondentů jsou všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti s praxí ve 3/4 nejméně 6 let.

Graf 7 Subjektivní hodnocení fyzického vyčerpání respondentů

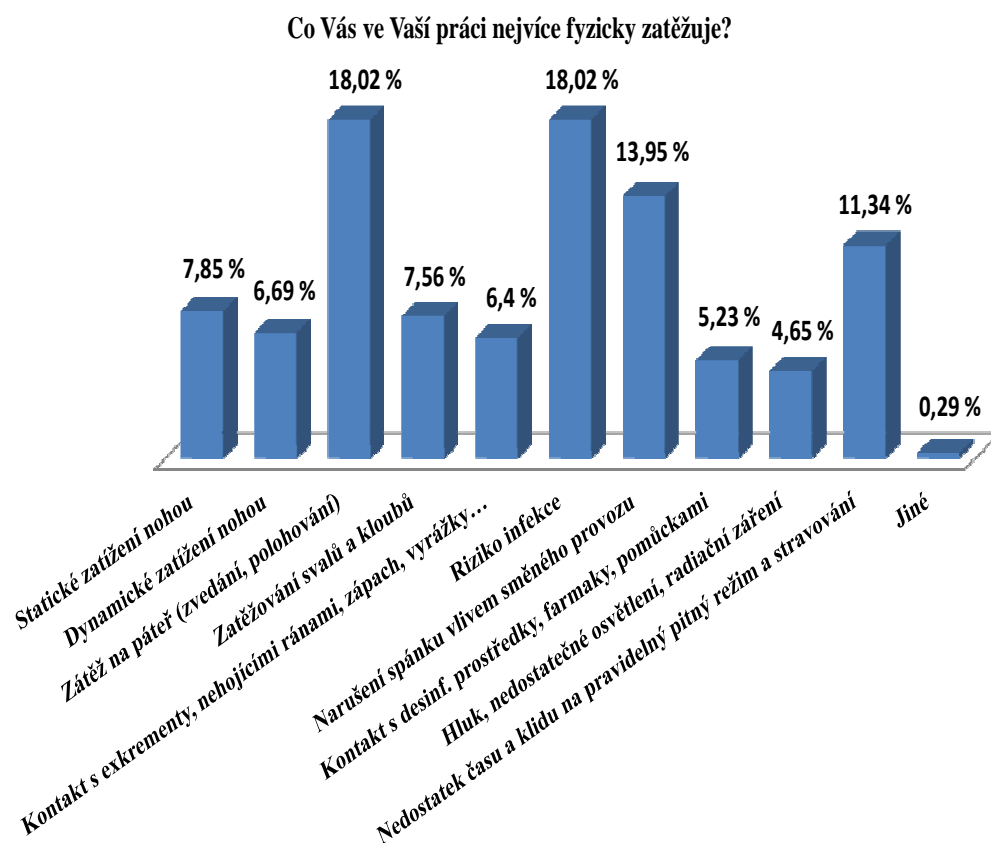
Cítíte se často po Vaší pracovní službě fyzicky vyčerpaný/á?



Zdroj vlastní

Z grafu je patrné, že 4/5 respondentů jsou po pracovní směně fyzicky vyčerpaní. Zápornou odpověď, že nejsou po skončení pracovní směny fyzicky unavení, uvedlo pouze 21,05 % (32) respondentů. Subjektivní míru fyzického vyčerpání hodnotili respondenti nejvíce jako středně závažnou a to v 45,39 % (69). Minimálně uváděli ve 20,39 % (31) respondentů a tato skupina je téměř shodující se skupinou respondentů, kteří fyzické vyčerpání neuvádějí. Nezanedbatelní jsou respondenti, kteří se domnívají, že jsou po skončení pracovní směny maximálně fyzicky vyčerpaní. Jde o 13,16 % (20) respondentů, což je z pohledu celkového množství respondentů 1/5 NLZP. Fyzicky unavení po pracovní směně je tedy celkem 78,94 % (120) respondentů.

Graf 8 Názor respondentů na nejvíce fyzicky zatěžující výkon v povolání

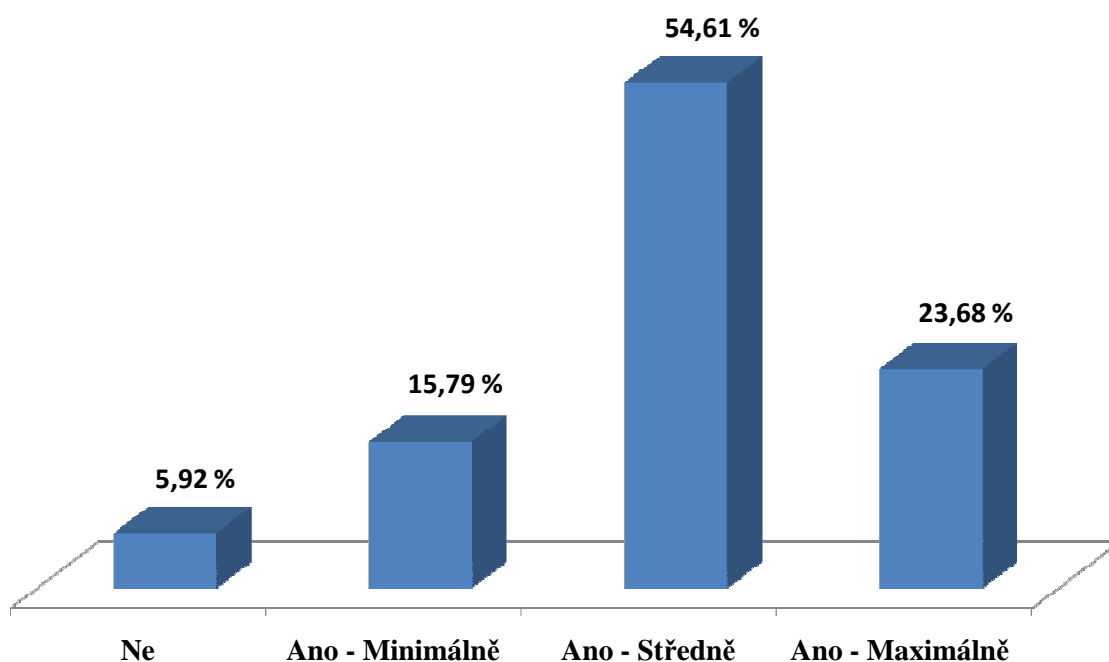


Zdroj vlastní

Odpovědi na další otázku měli možnost respondenti specifikovat, čím jsou nejvíce fyzicky zatěžováni při výkonu svého povolání. Jako nejvíce fyzicky zatěžující udávalo 18,02 % (62) zátěž na páteř a možné riziko nakažení infekčním onemocněním. Narušení spánku vlivem směného provozu je nuceno se vypořádávat 13,95 % (48) respondentů. Z celkového počtu 92 respondentů pracujících na směny uvedlo 52,17 % (48), že mají narušený spánek. Za povšimnutí stojí také 11,34 % (39) respondentů, kteří nemají dostatek času a klidu na pravidelný pitný režim a stravování při výkonu pracovní služby. Nezanedbatelný je též názor zhruba 7 % respondentů, jenž fyzicky vyčerpává statické a dynamické zatěžování dolních končetin, především svalů a kloubů, kontakt s exkrementy, nehojícími ránami, kožními projevy jako vyrážka,... Nejmenší počet respondentů tvořilo 4,65 % (16). Ti uvedli, že je zatěžováni hlukem, nedostatečným osvětlením či radiačnímu záření.

Graf 9 Subjektivní hodnocení psychického vyčerpání respondentů

Cítíte se často po Vaší pracovní službě psychicky vyčerpaný/á?



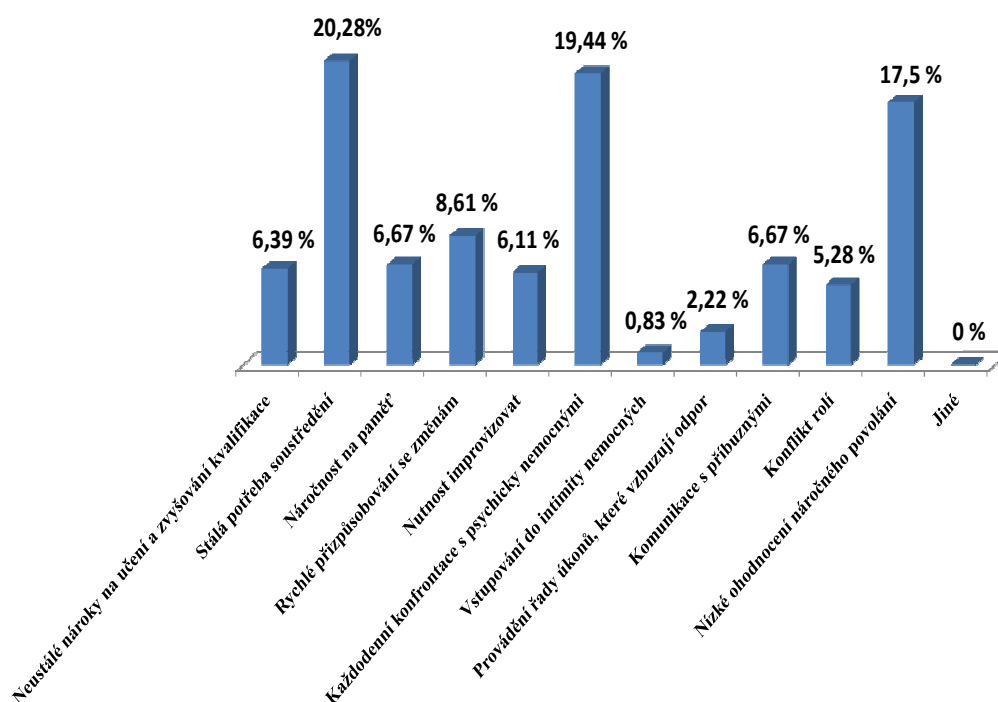
Zdroj vlastní

Psychickou náročnost NLZP v oblasti péče o duševní zdraví potvrzuje zjištění, že téměř všichni dotazovaní jsou po pracovní směně psychicky vyčerpaní, jedná se o 94,08 % (143) respondentů. Psychické vyčerpání neudalo pouze 5,92 % (9) respondentů.

Subjektivní míru psychického vyčerpání hodnotili respondenti obdobně jako u fyzického vyčerpání nejvíce jako středně závažnou a to v 54,61 % (83). Minimálně uvádělo v 15,79 % (24) respondentů. Po skončení pracovní směny udává maximálně psychické vyčerpání celkem 23,68 % (36) respondentů. Z celkového množství respondentů představuje tato skupina téměř 1/4 respondentů. Psychické vyčerpání po pracovní směně je tedy větší nežli fyzické.

Graf 10 Názor respondentů na nejvíce psychicky zatěžující výkon v povolání

Co Vás ve Vaší práci nejvíce psychicky zatěžuje?



Zdroj vlastní

Z grafu zjistíme, že respondenti uváděli ve 20,28 % (73) jako nejvíce psychicky zatěžující stálou potřebu soustředění, každodenní konfrontaci s psychicky nemocnými v 19,44 % (70) a nízké ohodnocení náročného povolání v 17,5 % (63). Následně hodnotily za náročné rychlé přizpůsobování se změnám 8,61 % (31) respondentů, náročnost na paměť a komunikaci s příbuznými shodně celkem 6,67 % (24) respondentů, neustálé nároky na zvyšování kvalifikace uvedlo 6,39 % (23). Z toho je patrné, že NLZP jsou nepřetržitě vystaveni psychické zátěži, musejí se nepřetržitě během směny soustředit na uspokojení potřeb psychicky nemocného, současně na správný chod celého oddělení, splnění všech administrativních náležitostí a za tento nelehký výkon nedostávají řádnou odměnu. Tím se stává o to více jejich práce demotivující a ohrožující psychiku. Často je nucen NLZP, který by si měl po pracovní době odpočinout, relaxovat a věnovat se svým blízkým, například „sbírat“ kredity. Téměř vždy jsou vzdělávací aktivity v PLD hrazeny samotným zdravotníkem, což může při nevelkém finančním ohodnocení vést NLZP k rozhodováním mezi vzděláním či odpočinkovými aktivitami.

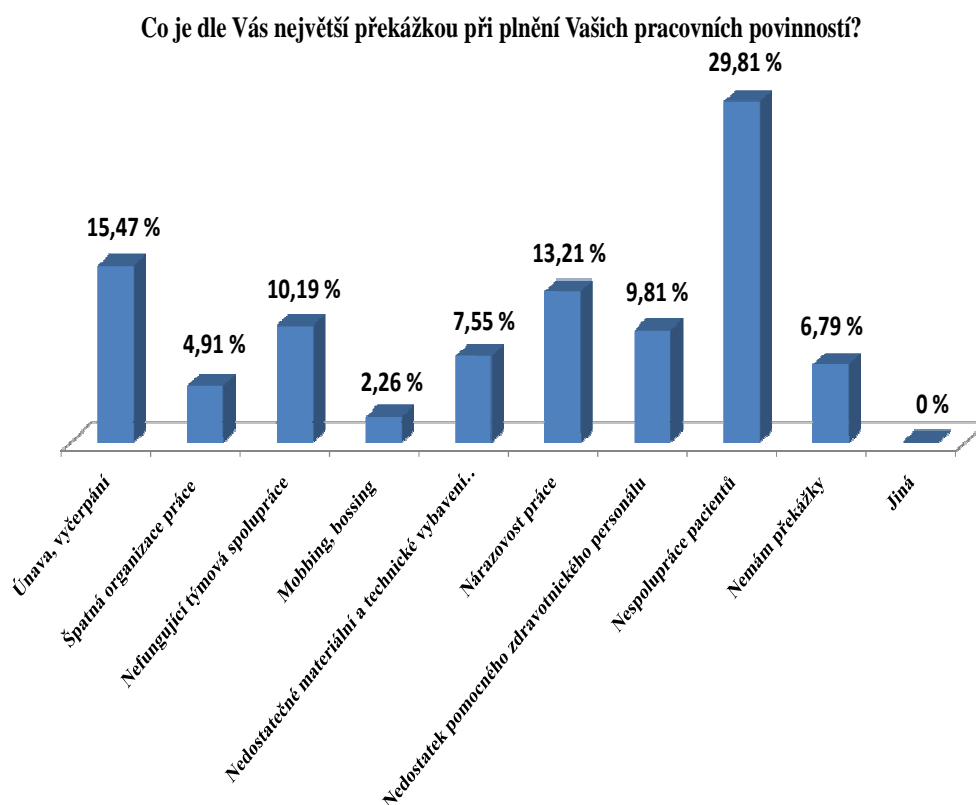
Graf 11 Názor respondentů na nejvíce zatěžující situace při výkonu povolání



Zdroj vlastní

Prvenství mezi stresory připisuje zcela jednoznačně a to 20,83 % (90) respondentů nadměrnému administrativnímu zatížení. Jedná se celkem o více než 1/5 respondentů. Jako druhý stresor udávalo 14,58 % (63) neadekvátní chování nemocných (agresivní chování, nespolupráce). Takový výsledek je překvapující a nutí k zamyšlení nad tím, proč tyto dotazovaní vůbec na psychiatrii pracují? Vysvětlením může být buď již probíhající příznaky syndromu vyhoření nebo přinejmenším již nedostatečná empaticnost vůči nemocné osobě, osobní nenaplnění z prováděné práce a podobně. Za třetí největší stresor považuje 9,49 % (41) respondentů neodpovídající finanční ohodnocení. Na pomyslném chvostu respondenti uvedli 2,78 % (12) nevyhovující pracovní prostředí a nemožnost vzdělávat se ve 0,69 % (3). Jen 1,39 % (6) uvedla, že se nemá stres. Z vlastní zkušenosti vím, že administrativě je nutno věnovat v pracovní době mnoho času, mnohdy i na úkor jiných stejně důležitých úkolů, což názory respondentů prokázaly.

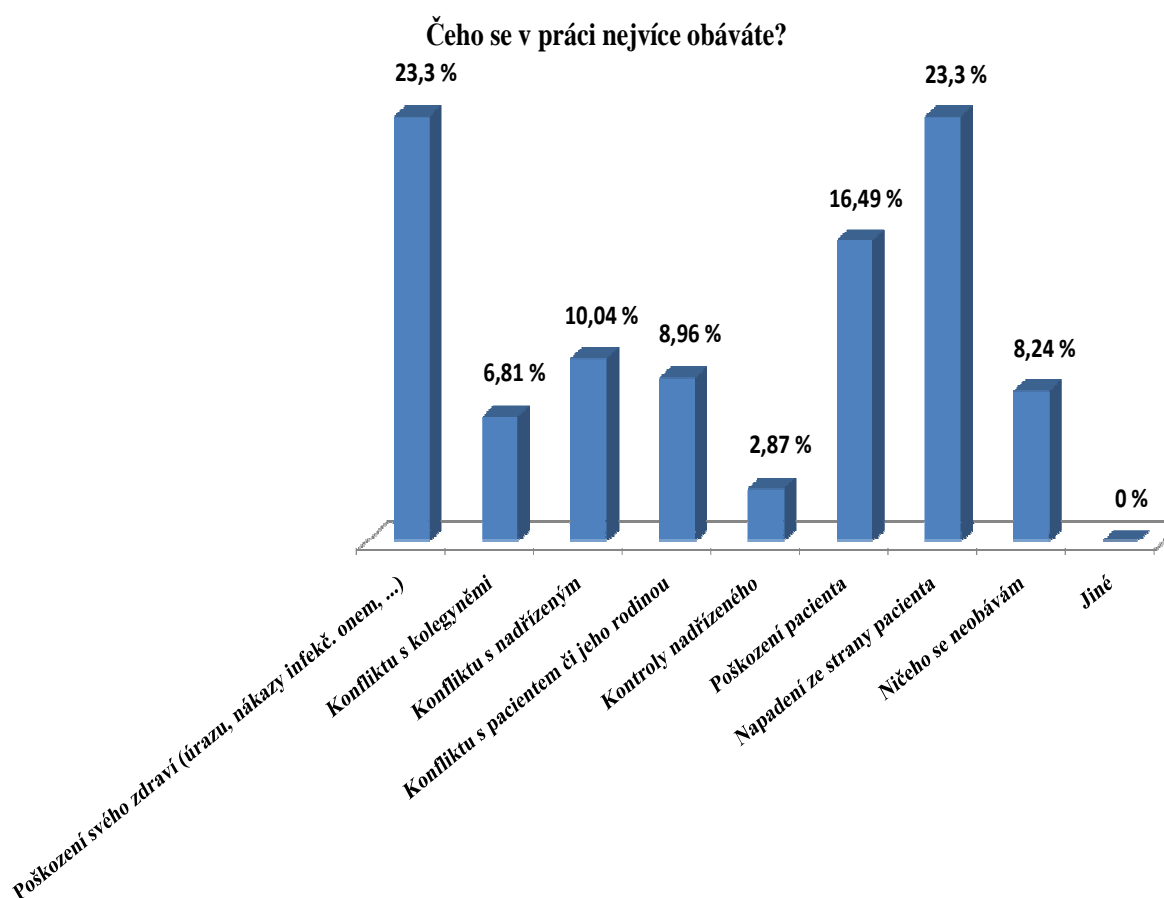
Graf 12 Názor respondentů na nejvíce zatěžující situace při výkonu povolání



Zdroj vlastní

Z grafu je zřejmé, že největší překážkou při plnění pracovních povinností pro 20,81 % (79) respondentů je nespolupráce pacientů. Opět nás to vede k zamyšlení, stejně jako u výsledků grafu č. 11. Respondenti by neměli očekávat na psychiatrickém oddělení spolupráci klientů. Pokud to očekávají, je to náznak, že by měli odvětví psychiatrie opustit, jelikož nemohou nabídnout psychiatrickému klientovi, to co již samotná diagnóza vyžaduje – soustředit se na klientův problém. Naším úkolem, úkolem NZLP v psychiatrické léčebně/ na psychiatrii je klienta nasměrovat, pomoci mu s existujícím problémem, a ne již samotného klienta brát jako problém. Téměř o 1/2 méně a tedy 15,47 % (41) respondentů je oslabována při plnění pracovních povinností únavou a vyčerpáním. Výpovědi respondentů též poukazují na to, jak je na některých odděleních evidentní špatná organizace práce a s tím dále související nedostatečné personální obsazení a kolegiální neshody Mile mě překvapilo, že pouze 2,26 % (6) respondentů uvedlo jako největší překážku mobbing, bossing.

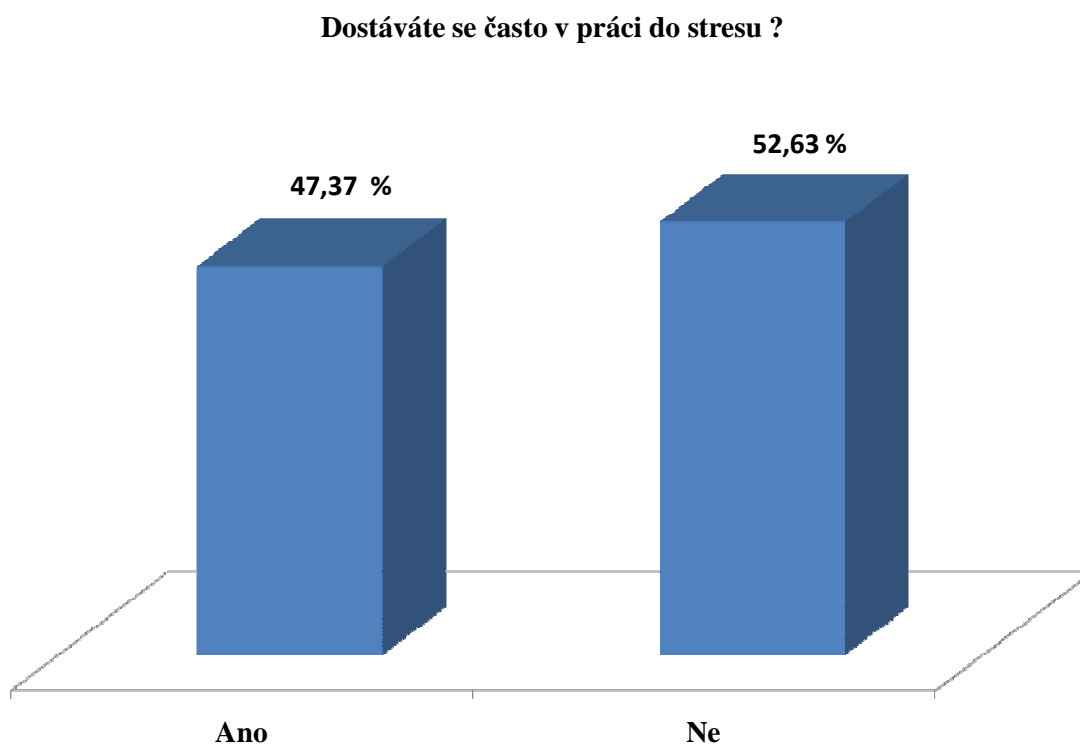
Graf 13 Názor respondentů na nejvíce zatěžující situaci při výkonu povolání



Zdroj vlastní

Graf ukazuje dvě shodné skupiny respondentů a to 23,3 % (65), kteří se nejvíce obávají při výkonu povolání poškození svého zdraví, úrazem či nákazou infekčním onemocněním a napadení ze strany pacienta. Je zcela zřejmé, že strach o vlastní zdraví je pro mé kolegy na prvním místě. To znamená, že si uvědomují, co se po nich na psychiatrii očekává, a jaký to může mít dopad na jednotlivce, pokud nebude naslouchat vlastnímu tělu a duši. Dále se respondenti obávají poškození pacienta ve 14,49% (46) a konfliktu s nadřízeným v 10,04 % (28) dotázaných. Jen 2,87 % (8) respondentů má strach s kontroly nadřízeného.

Graf 14 Názor respondentů na frekvenci stresu při výkonu povolání

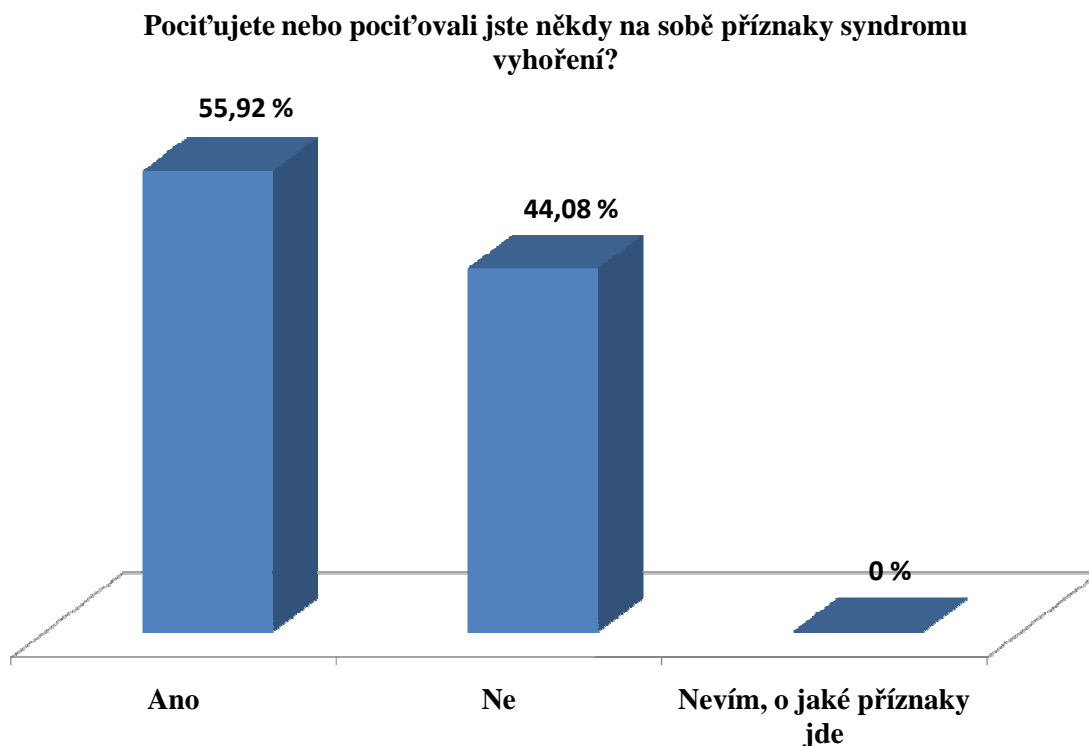


Zdroj vlastní

Do stresu se při výkonu povolání dostává z celkového počtu respondentů 47,37 % (72). Opačného přesvědčení, že se v pracovní době se stresem neseťkávají často, uvedlo více než většina a to 52,63 % (80) respondentů.

52,63% dotazovaných, kteří se nedostávají v práci do stresu, potvrzují z části výsledky i z předešlých dotazů. Jde o NZLP, kteří jsou schopni řešit stresové situace, ať jde o napadení ze strany psychicky nemocného, jeho nespolupráci, nebojí se komunikace s ním, rodinou, nadřízeným, mobbingu a bossingu, ...Na druhou stranu však z poměrně vyrovnaného výsledku plyne, že hodně záleží na mnoha společně působících faktorech daného NZLP při výkonu povolání. Ať již jde o individuální osobnostní předpoklady jedince, různě náročné druhy diagnóz u psychiatricky nemocných klientů, jaká organizace práce a týmová spolupráce je na daném oddělení či samotná motivace daného NLZP a jiné.

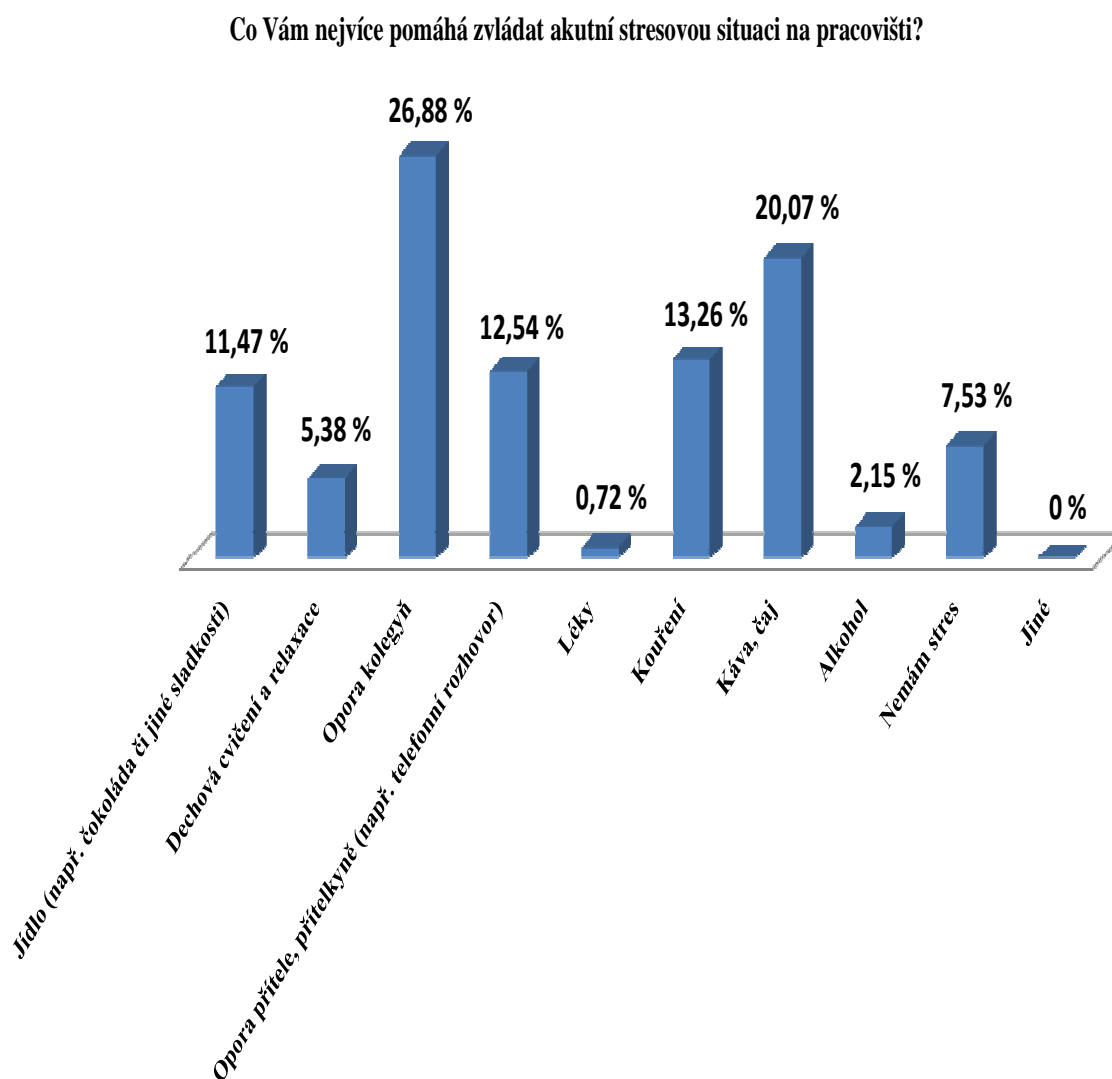
Graf 15 Názor respondentů na vlastní pocitování příznaků syndromu vyhoření v minulosti i současnosti



Zdroj vlastní

Příjemným zjištěním je, že všichni dotázaní vědí, o jaké příznaky se jedná. Výsledek opět potvrzuje již předešlá zjištění. U těch, kteří nejsou ve stresu nebo se nedostávají do situací vyvolávajících příznaky syndromu vyhoření, lze předpokládat, že mohou svou práci vykonávat naplno, bez ohrožování vlastního zdraví, což uvedlo 44,08% (67) dotazovaných. Naopak těch, kteří již i v předešlých dotazech, považují celkově svou práci za náročnou a tím i zdraví ohrožující, a pocitují či pocitovali příznaky syndromu vyhoření, je více než polovina, přesně 55,92 % z oslovených NZLP.

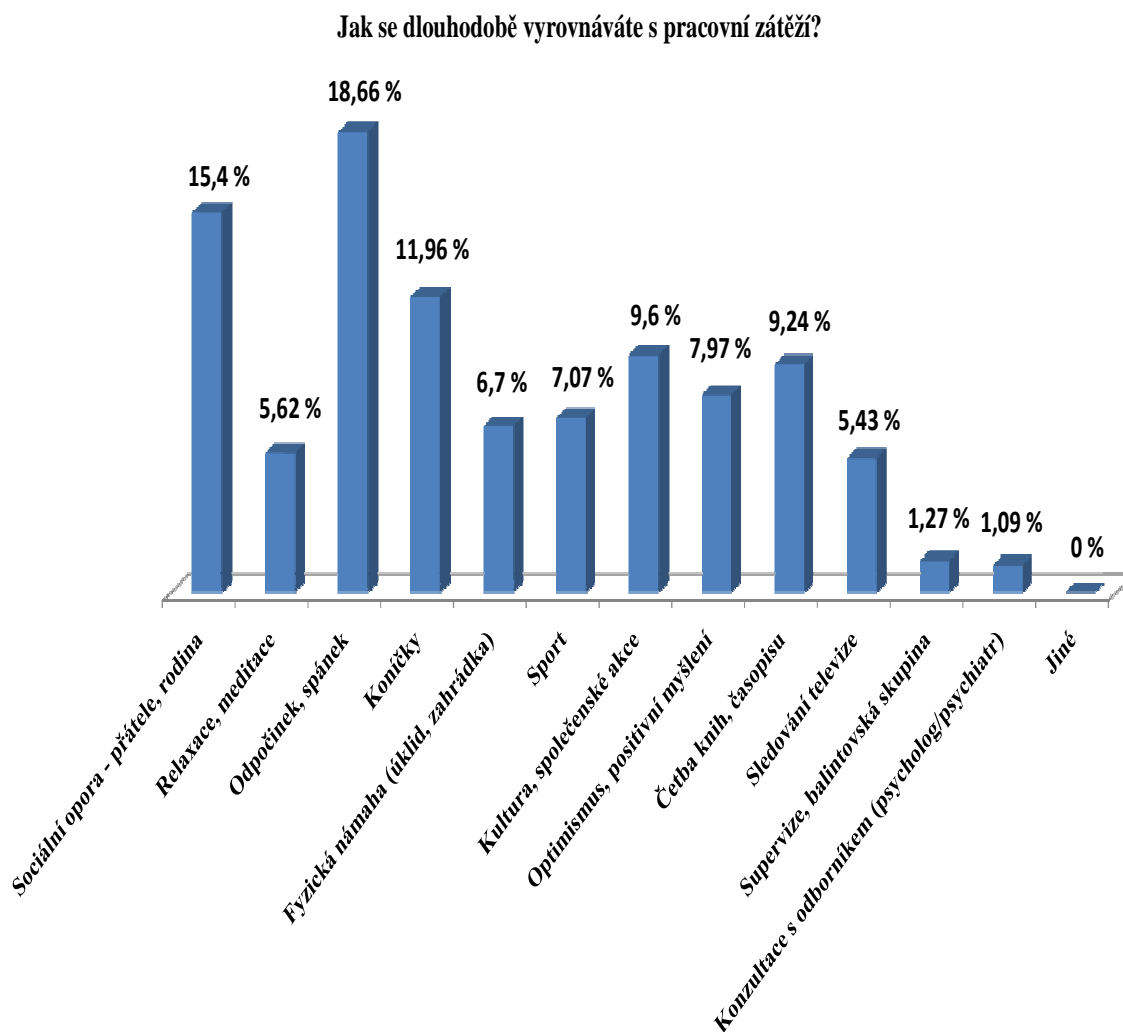
Graf 16 Názor respondentů na zvládání pracovní zátěže



Zdroj vlastní

Nejvíce oslovených, a to 26,88 % (75), pomáhá zvládat akutní stresovou situaci na pracovišti opora kolegyň. Pití kávy či čaje pomáhá proti vzniklému stresu na pracovišti 20,07 % (56) respondentům. Oporu přítele či přítelkyně například telefonním rozhovorem zvolilo 12,54 % (35) respondentů. Odpověďmi NLZP se zde potvrzuje ona důležitost dobrých mezilidských vztahů při zvládání náročných životních situacích. K odreagování se od stresové situace jídlem se přihlásilo 11,47 % (32) respondentů. Dechová cvičení a relaxaci používá 5,38 % (15) respondentů. Ne příliš efektivní strategie jako je odreagování se od stresové situace jídlem se přihlásilo 11,47 % (32) respondentů, kouření používá 13,26 % (37) respondentů, alkohol 2,15 % (6) respondentů a nejméně dotazovaných pouhých 0,72 % (2) se uchyluje při řešení problému k lékům.

Graf 17 Názor respondentů na zvládání pracovní zátěže

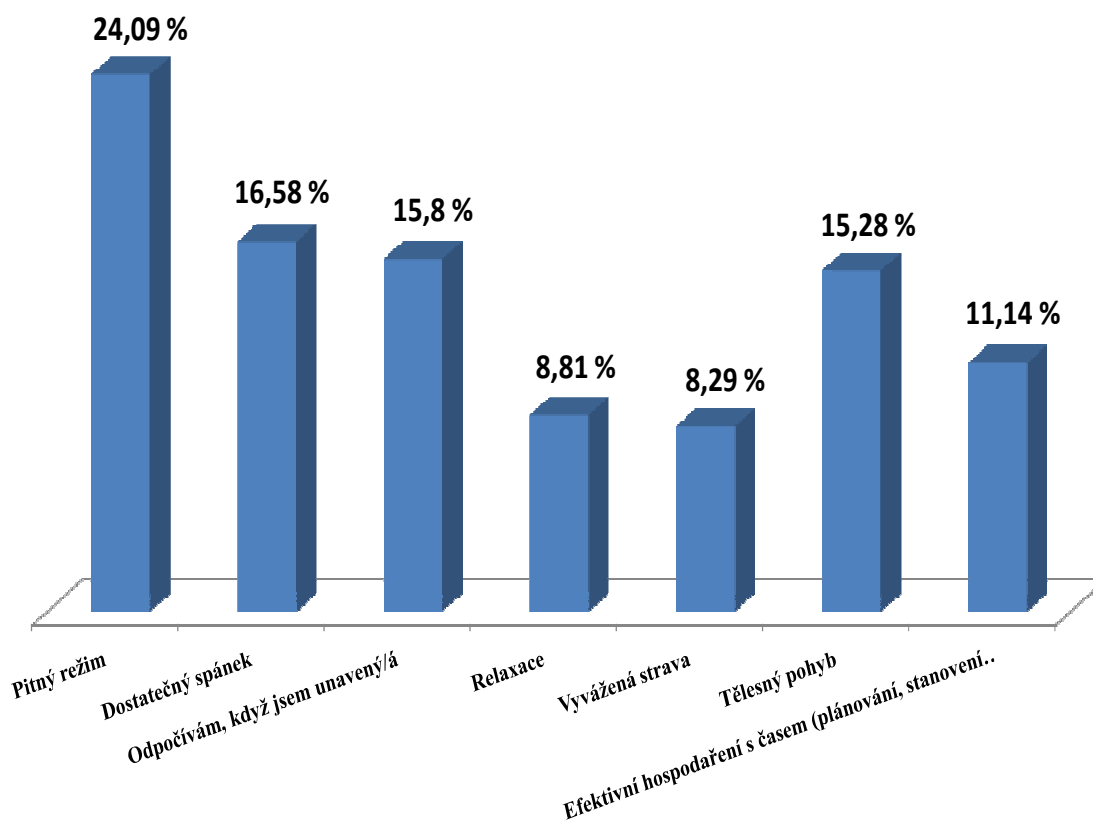


Zdroj vlastní

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů se dlouhodobě vyrovnává s pracovní zátěží spánkem nebo odpočinkem, a to 18,66 % (103). Druhá nejčastější volba byla sociální opora, kterou zvolilo 15,4 % (85) respondentů. Sport využívá 7,07 % (39) dotázaných. Z výsledku se potvrzuje důležitost dostatečného a kvalitního spánku, též sociální zázemí, pozitivní vztahy s blízkými, s kolegy na pracovišti, pěstování koníčka, čtení knih, časopisů, pozitivno myšlení a optimismu pro výkon náročné profese v oboru psychiatrie. Jen poměrně málo je využívána relaxace a meditace. Potěšující je, že jen velmi málo dotázaných volilo pasivní odpočinek při sledování televize. Na samém chvostu způsobů vyrovnávání se s pracovní zátěží zvolilo 1,27 % (7) respondentů supervizi, balintovskou skupinu a jen 1,09 % (6) respondentů konzultaci s odborníkem (psychologem, psychiatrem).

Graf 18 Dodržování životosprávy respondenty

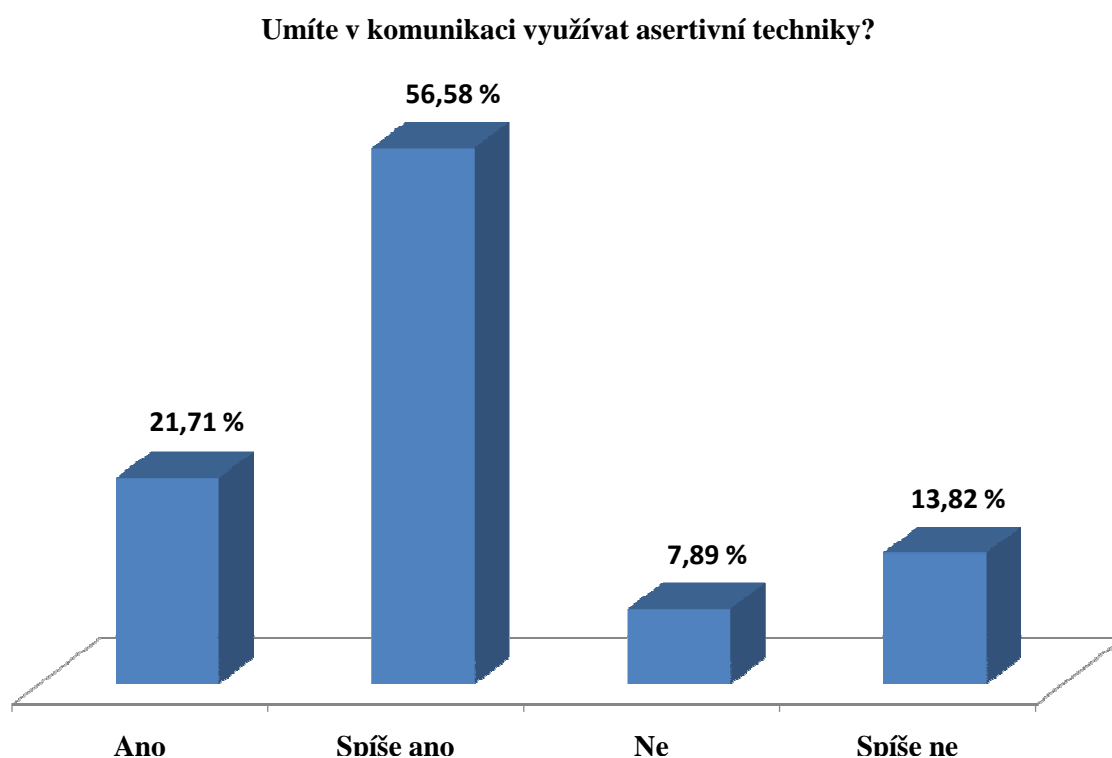
Zaškrtněte vše, co v oblasti životosprávy dodržujete.



Zdroj vlastní

Graf nám ukazuje, že v oblasti životosprávy nejvíce NLZP v PLD dodržují pitný režim, a to 24,09 % (93). Prvenství lze přisuzovat snad nejmenší časové náročnosti této činnosti a možnosti napít se téměř kdekoliv. Nutnost dostatečného spánku zvolilo 16,58 % (64) respondentů a opět se potvrzuje totožný názor respondentů bojující s pracovní zátěží spánkem, což je patrné na předešlém grafu. Shodně se jeví i třetí z řady nejčastějších odpovědí na dodržování životosprávy, kdy 15,8 % (61) respondentů odpočívá, když je unaveno. Tělesný pohyb je využíván 15,28 % (59) respondentů, efektivní hospodaření s časem (plánování, stanovení cílů a priorit) zvolilo 11,14 % (43) respondentů. Celkového počtu respondentů pouze 8,81 % (34) užívá relaxaci a nejmenší zastoupení 8,29 % (32) respondentů je těch, kteří mají vyváženou stravu.

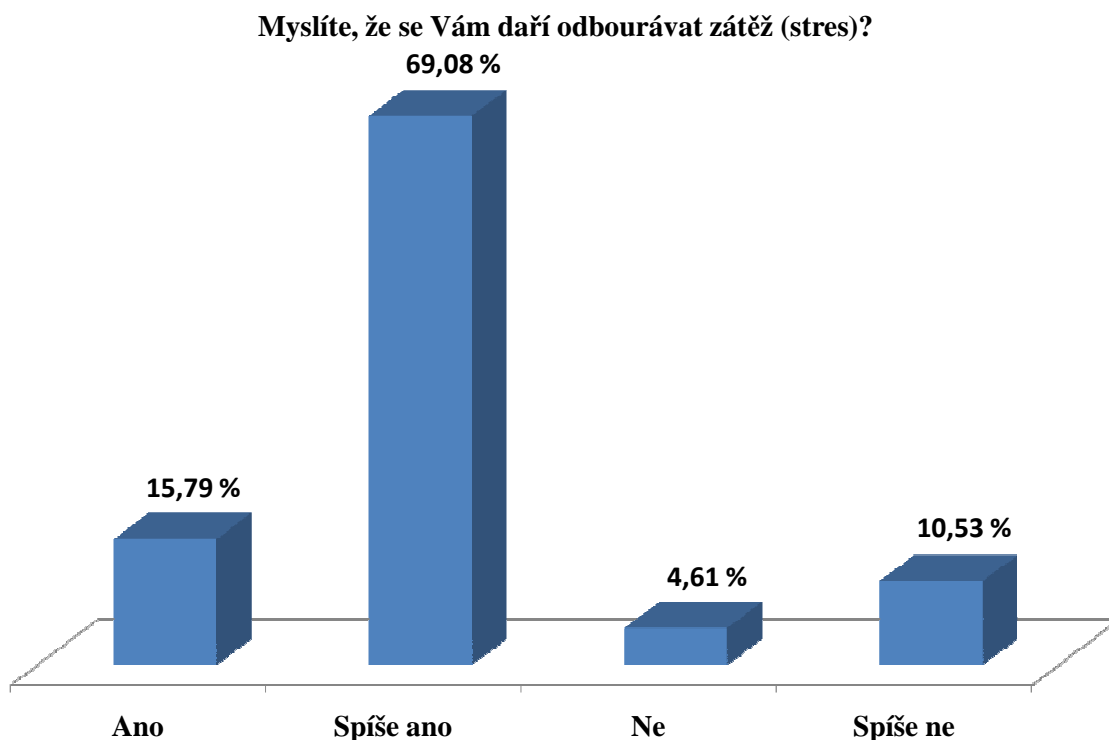
Graf 19 Názor respondentů na jejich schopnost asertivní komunikace



Zdroj vlastní

Skutečnost, že NLZP v oblasti péče o duševní zdraví by měli ovládat umění vhodné komunikace se svými klienty, potvrzuje i většinový názor respondentů, v součtu 78,29 % (119). Přesto však výsledek není zcela jednoznačný, spíše nás utvrzuje v tom, že techniky správné komunikace nelze na psychiatrii podceňovat. Viditelně existují rezervy, proto je nutné tuto dovednost v sobě neustále zdokonalovat.

Graf 20 Názor respondentů na schopnost eliminovat zátěž

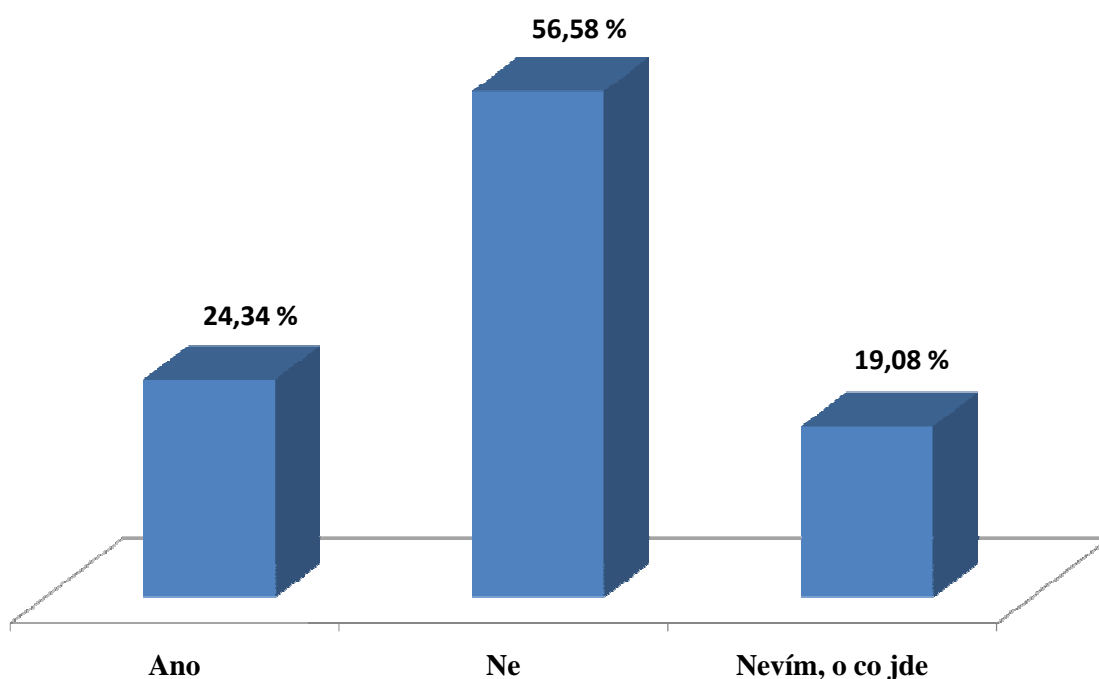


Zdroj vlastní

Výsledky jasně dokazují, že 84,87 % (129) dotázaných jsou schopni eliminovat zátěž plynoucí z jejich profese. Odpověď ano uvedlo 15,79 % (24) respondentů, spíše ano 69,08 % (105) respondentů. Daleko méně je těch, kteří si myslí, že se jim nedaří odbourávat stres vůbec a to 4,61 % (7) a s názorem spíše ne se ztotožnilo 10,53 % (16) respondentů. Při práci na psychiatrii jsou NLZP vystaveni nemalému stresu, což udala téměř polovina z nich (graf č. 14). Stresu se nelze vyhnout, je však důležité učit se aktivně pracovat na jeho zvládnutí. Ukazuje se, velké většině dotázaných se to daří.

Graf 21 Možnost respondentů řešit pracovní zátěž supervizí

Máte možnost řešit zátěžové situace na pracovišti pomocí supervize?

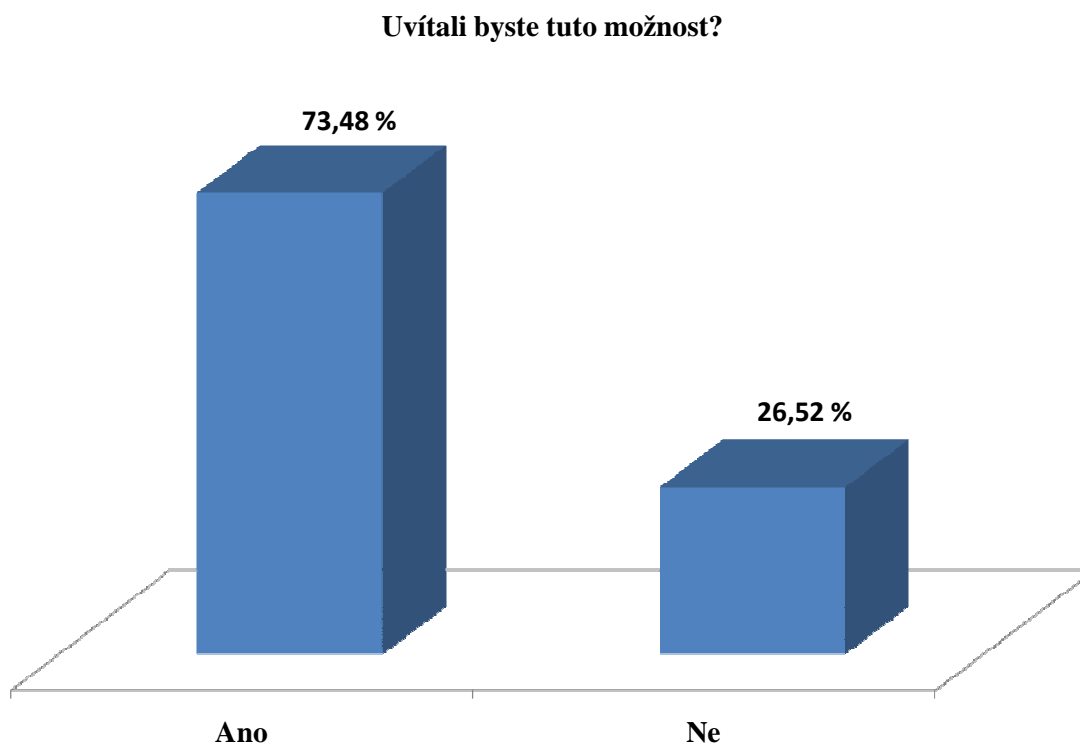


Zdroj vlastní

Velmi překvapující bylo zjištění, že 24,34 % (37) respondentů uvedlo, že mají možnost řešit zátěžové situace na pracovišti pomocí supervize. I vzhledem k tomu, že v grafu č. 17 uvedlo supervizi pouhých 1,27% dotazovaných. V PLD neprobíhá žádná externí forma supervize, což mi bylo potvrzeno i vedením PLD. Za interní formu supervize lze považovat dobré vedení nástupní praxe sester a odborný dohled při pracovní směně nad zdravotnickými asistenty, což standardně v PLD funguje. Z výsledků můžeme předpokládat, že někteří NLZP používají kolegiální nebo soukromou formu supervize. V přímé souvislosti se jeví i nejčastěji volená odpověď respondentů na otázku, jak nejčastěji zvládají akutní stresovou situaci na pracovišti, která zněla opora kolegyň (graf č. 16).

56,58 % (86) respondentů odpovědělo, že nemá možnost řešit zátěžové situace na pracovišti supervizí, což činí více než polovinu respondentů. Nepříliš lichotivým závěrem je, že téměř každý pátý respondent neví co supervize je. Z celkového počtu respondentů jde o 19,08 % (29).

Graf 22 Názor respondentů na supervizi



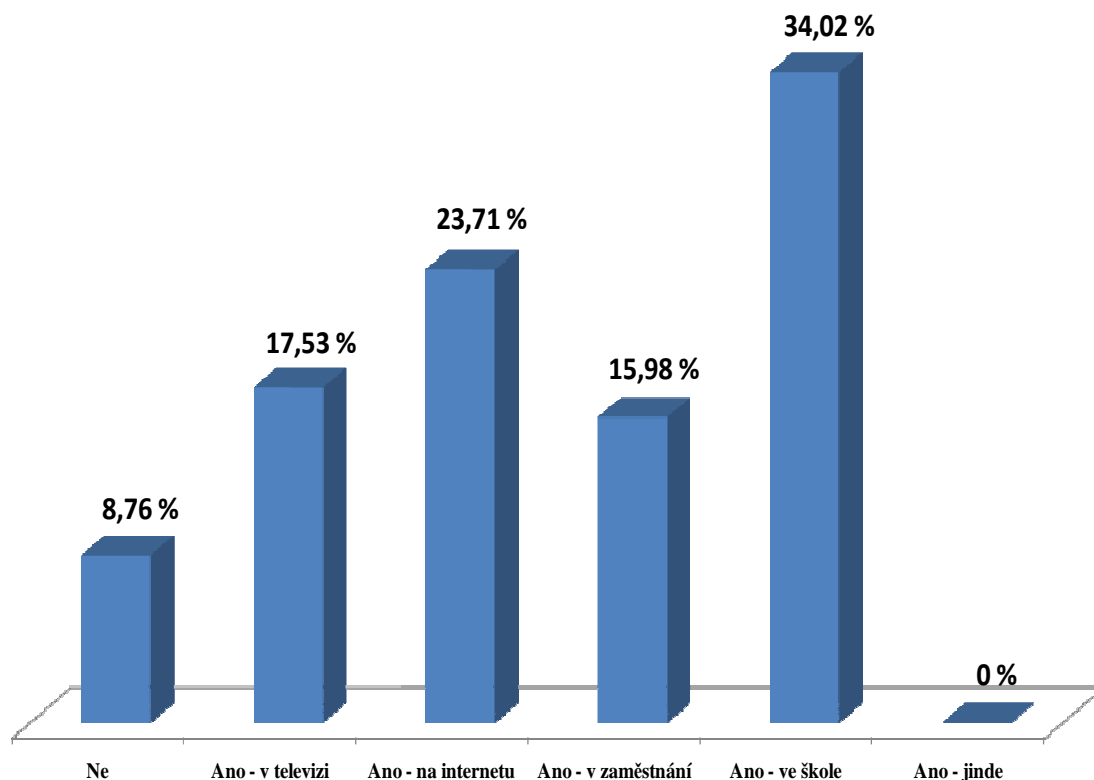
Zdroj vlastní

Na tuto otázku měli odpovídat pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli ne. Avšak celkem 86,84 % (132) respondentů na tuto otázku odpovědělo. Jak jsem uvedla výše, je možné se domnívat, že odpovídajícím respondentům chybí možnost externí supervize. Tuto domněnku by bylo vhodné doplnit dalším výzkumným šetřením.

Zajímavým zjištěním je, že možnost supervize k zvýšení svého profesního růstu by uvítalo ze 132 respondentů 73,48 % (97) zaměstnanců PLD a pouze 26,52 % (35) nemá zájem řešit pracovní zátěž pomocí supervize.

Graf 23 Povědomost respondentů o psychohygieně

Setkal/a jste se již s pojmem psychohygienu (duševní hygiena)?



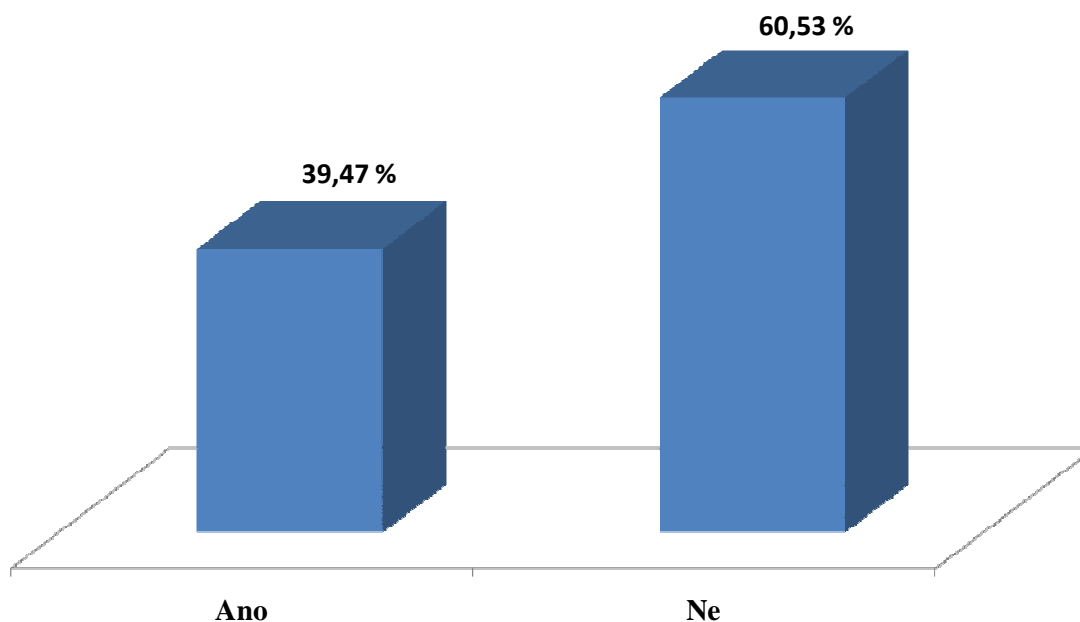
Zdroj vlastní

Potěšující je zjištění, že téměř většina dotázaných respondentů se již s pojmem psychohygienu setkala, přesně jde o 88,81 % (135) respondentů. Jen malá část respondentů 8,76 % (17) se s pojmem ještě neseťkala.

Nejčastější odpovědí na to, kde měli možnost se s pojmem psychohygienu setkat, odpovídalo 34,02 % (66) respondentů ve škole. Až jako druhá nejčastější možnost získávání informací byl internet celkem 23,71 % (46) respondentů. Ukazuje se, že rozhodující roli o informovanosti NLZP o psychohygieně má především škola.

Graf 24 Povědomost respondentů o psychohygieně

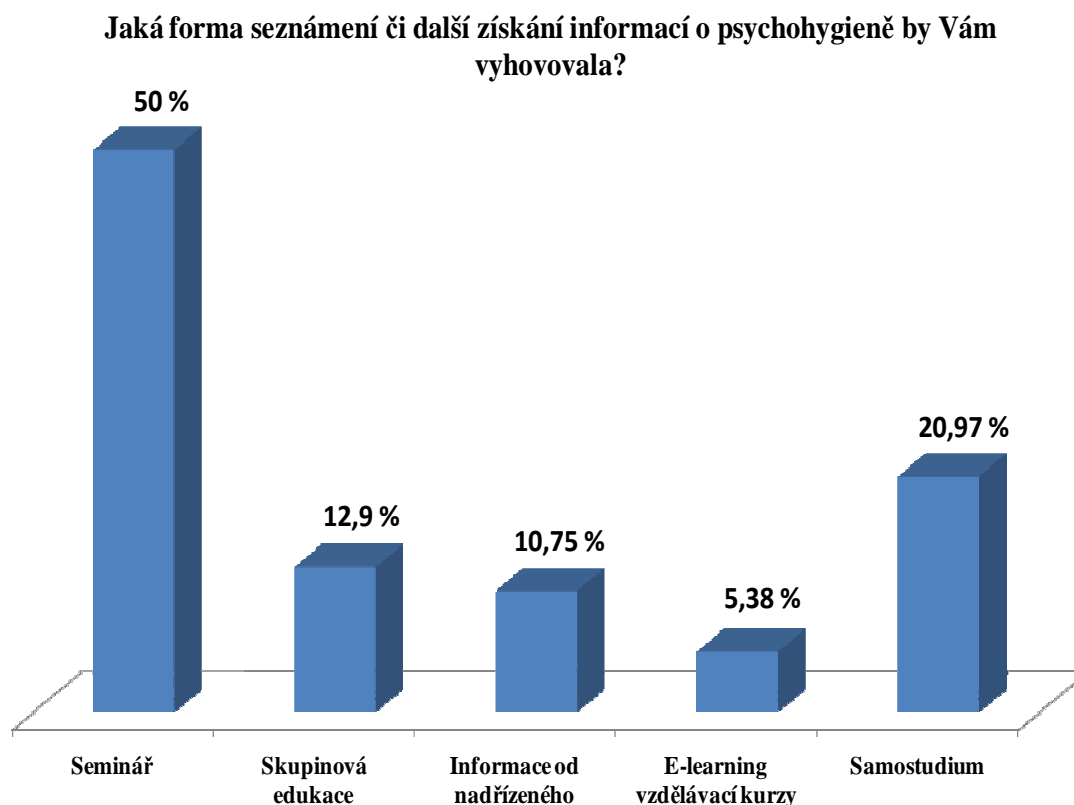
Myslíte, že máte dostatek informací o psychohygieně?



Zdroj vlastní

Z grafu vyplývá, že 60,53 % (92) respondentů se domnívá, že nemá dostatek informací o psychohygieně, na rozdíl od 39,47 % (60) respondentů, kteří mají informací dostatek. Předcházející výsledky grafu č. 23 ukazují, že většina se již s pojmem psychohygienu setkala. Však stávající graf potvrzuje, že i tato většina má evidentně ne zcela dostačující informace. Zajisté by bylo dobré, kdyby se zaměstnavatel zaměřil a věnoval pozornost svému personálu například v rámci supervize... Jde o informaci, s kterou by bylo vhodné reálně pracovat a situaci zlepšit ve prospěch všech.

Graf 25 Názor respondentů na způsob získávání informací o psychohygieně

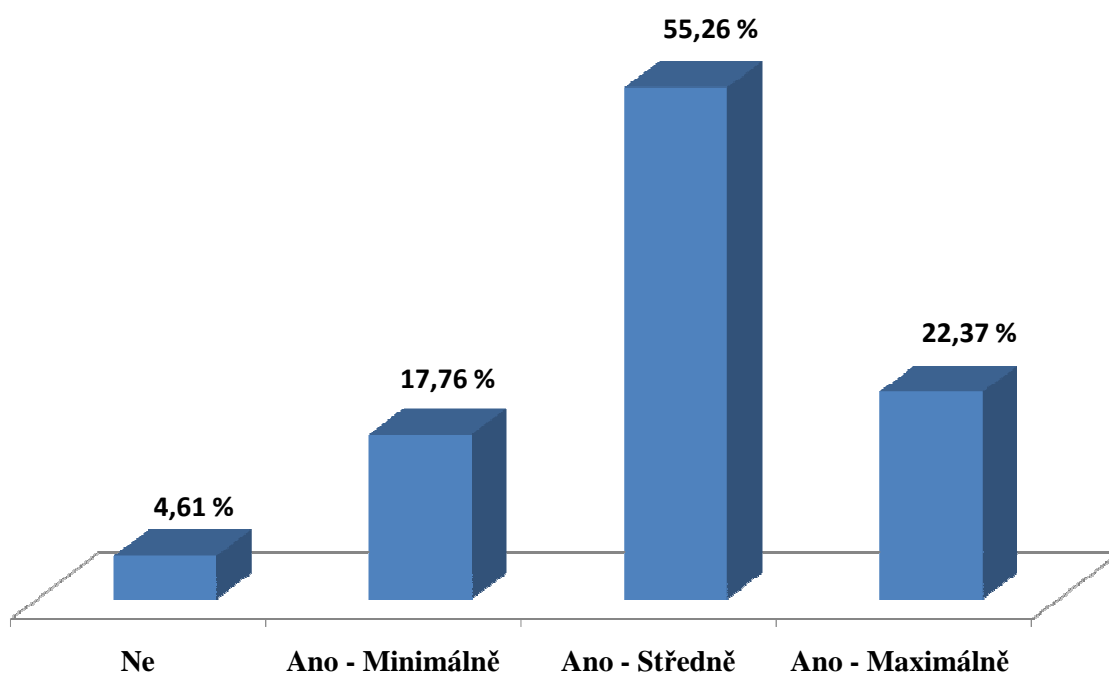


Zdroj vlastní

Polovina 50% (93) respondentů uváděla jako nejvhodnější formu získávání informací o psychohygieně seminář. 20,97 % (39) respondentů volilo samostudium. Dále respondenti uváděli, že by jim vyhovovala 12,9 % (24) skupinová edukace, 10,75 % (20) by chtělo být informováno od nadřízeného a e-learning kurzy jsou přijatelné pro 5,38 % (10) z nich. Zaměstnanci evidentně očekávají podporu od svého zaměstnavatele, což je upřímně ta nejlepší forma pomoci – konkrétní situace na konkrétním pracovišti řeší konkrétní spolukolegové, k výsledné spokojenosti zaměstnavatele, zaměstnance i vyživitele nabízených služeb, v našem případě je to psychiatricky nemocný.

Graf 26 Názor respondentů na rizikovost pracoviště vůči jejich zdraví

Považujete své pracoviště za zdravotně rizikové?

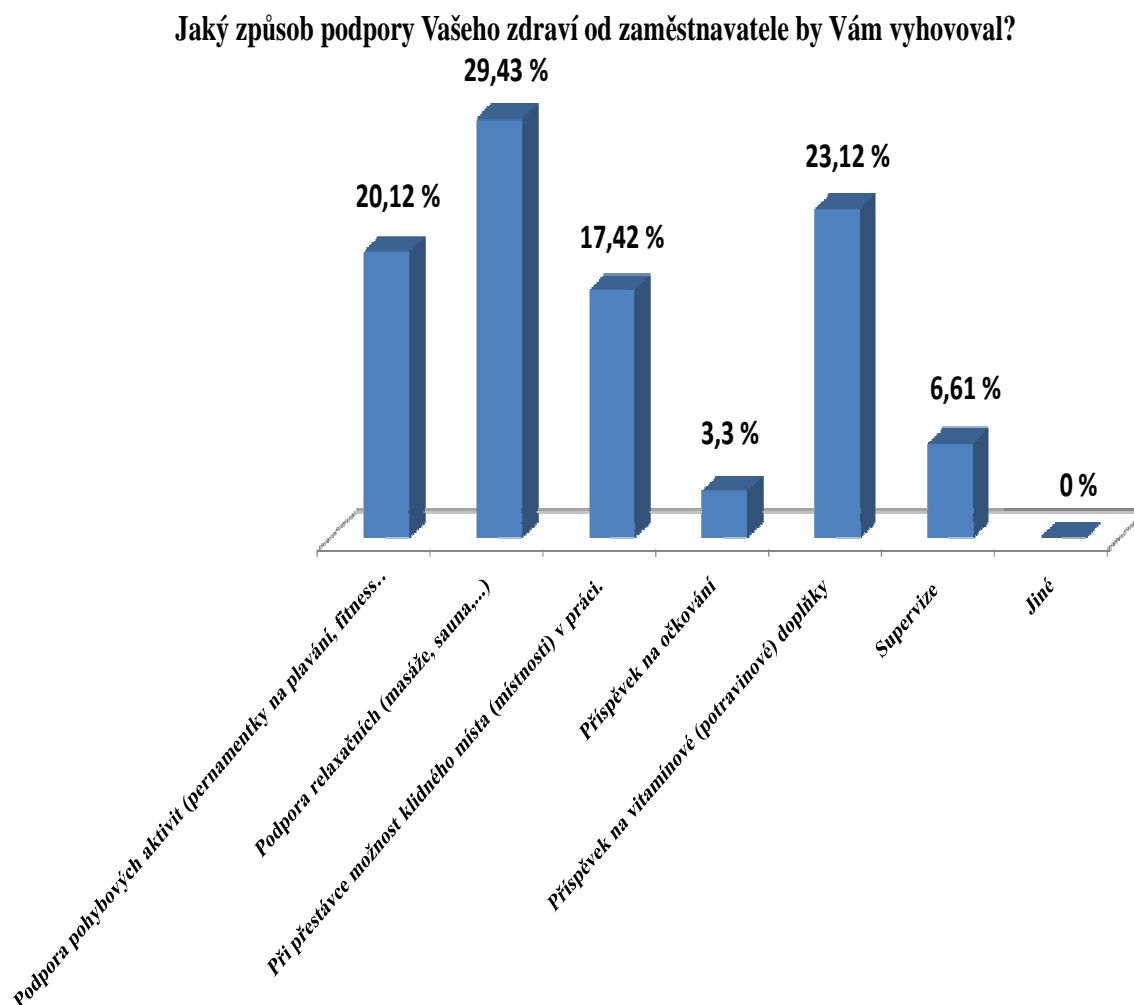


Zdroj vlastní

Jako nesmírně významné z pohledu mého hlavního cíle vidím zjištění, že 95,39 % (145) respondentů považuje své pracoviště za zdravotně rizikové. Jen velmi málo z nich, a to 4,61 % (7) respondentů nepovažuje své pracoviště za zdravotně rizikové.

Subjektivní názor respondentů domnívajících se, že jejich pracoviště je pro ně minimálním zdravotním rizikem je 17,76 % (27), 22,37 % (34) hodnotí riziko jako maximální. Nepočtenější skupina, celých 55,26 % (84) respondentů je přesvědčena, že je na pracovišti vystavena střednímu zdravotnímu riziku. NLZP si uvědomují, že jejich práce je náročná, postavená na 100 % výkonu každého jednotlivce, o to více mají právo na pozornost ze strany zaměstnavatele, na informace o psychohygieně, protože jejich zdraví je reálně ohrožováno neustále.

Graf 27 Názor respondentů na podporu jejich zdraví od zaměstnavatele

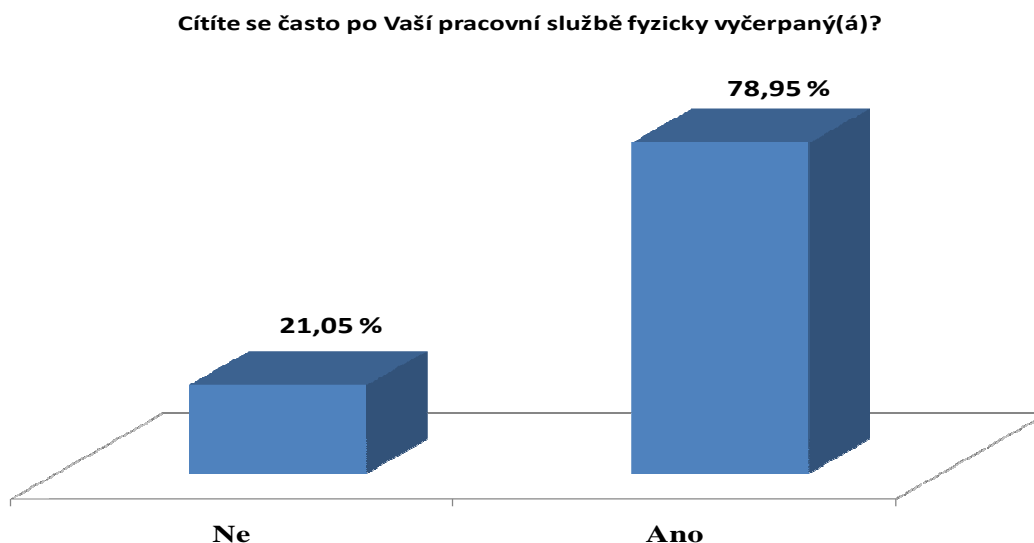


Zdroj vlastní

Z grafu je evidentní, že nejvíce respondentů a to 29,43 % (98) by přivítalo od zaměstnavatele podporu relaxace, formou masáží, návštěvou sauny. Jako druhou nejčastější možnost volili v 23,12 % (77) respondenti příspěvek na vitamínové a potravinové doplňky. Permanenky na plavání, do fitness center či na jiné pohybové aktivity jsou zajímavé pro 20,12 % (67) respondentů. I přesto, že na otázku č. 23 odpovědělo celkem 73,48 % (97) respondentů, že by možnost supervize uvítali (graf č. 22), nyní ji volilo pouze 6,61 % respondentů. Z výzkumu je patrné, že supervize nepatří u respondentů mezi priority v péči o duševní zdraví. Nejméně z nich 3,3 % (11) respondentů by od zaměstnavatele očekávala příspěvek na očkování.

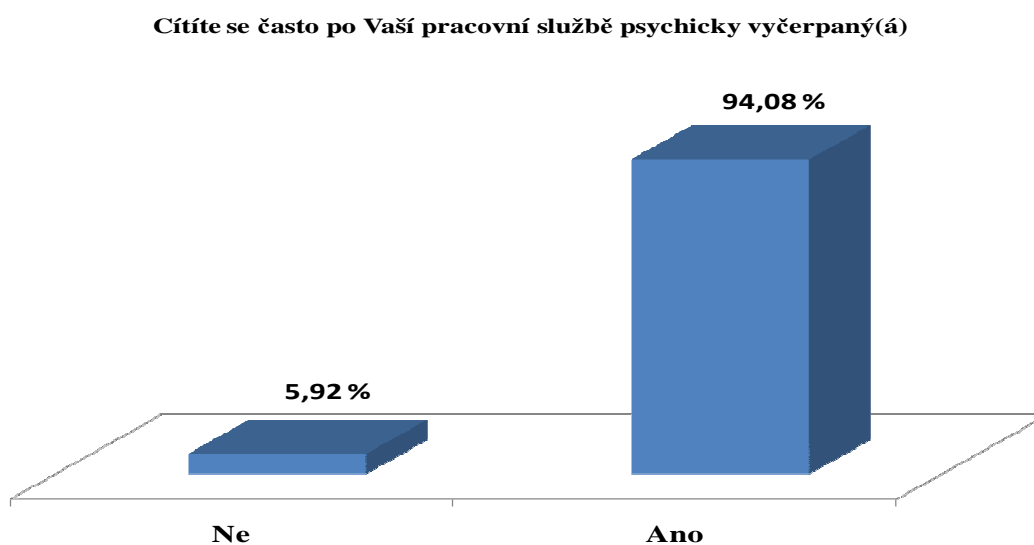
Zarážející je fakt, že 17,42 % (58) respondentů nemá možnost o přestávce si odpočinout na klidném místě.

Graf 28 Hypotéza 1: Předpokládám, že NLZP v oblasti péče o duševní zdraví budou pociťovat více psychickou než fyzickou zátěž.



Zdroj vlastní

Graf 29 Hypotéza 1: Předpokládám, že NLZP v oblasti péče o duševní zdraví budou pociťovat více psychickou než fyzickou zátěž.

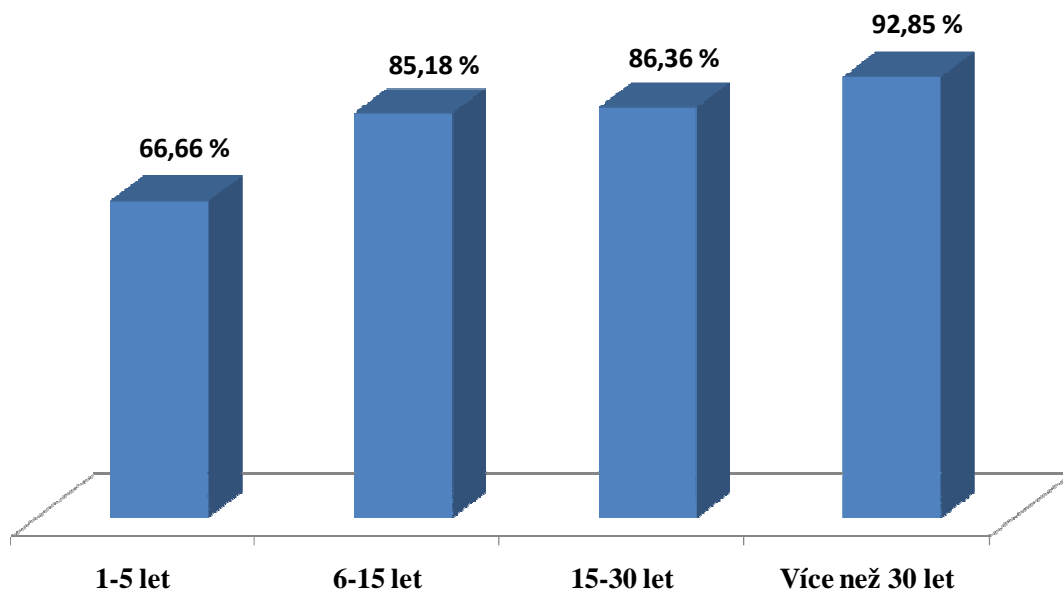


Zdroj vlastní

Z grafu č. 28 a 29 je zřejmé, že více udávají respondenti psychické zatížení a to 94,08 % (143) z celkového počtu 152 respondentů. Fyzickou únavu pociťuje 78,94 % (120) respondentů. Vzhledem k vysoké míře psychické zátěže je třeba dbát o dodržování všech dostupných prostředků psychohygieny a management PLD by o to měl usilovat na prvním místě. Čím spokojenější personál tím spokojenější zaměstnavatel i klient.

Graf 30 Hypotéza 2: Předpokládám, že zvyšující se fyzická zátěž je závislá na délce praxe všeobecné sestry v PLD.

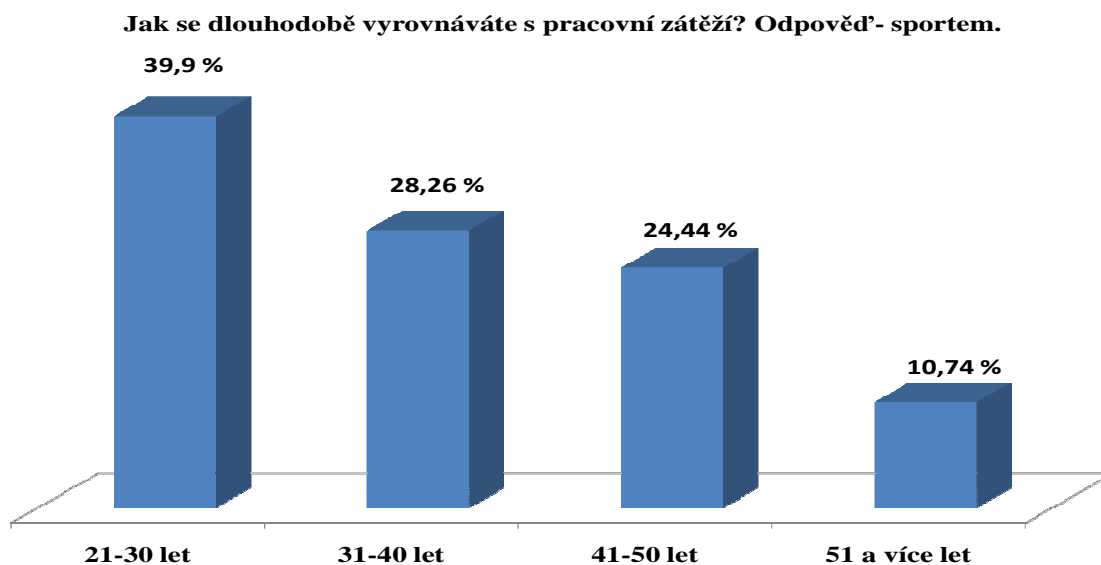
Cítíte se často po Vaší pracovní službě fyzicky vyčerpan(a)? Odpověď - ano.



Zdroj vlastní

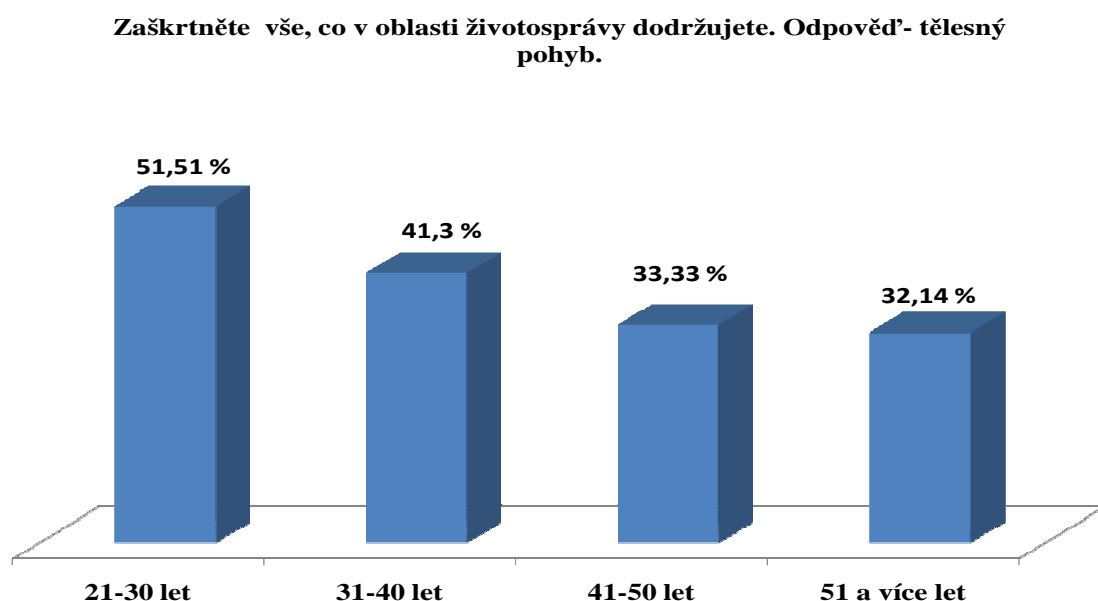
Graf znázorňuje odpovědi pouze všeobecných sester, které odpovídaly na otázku, zda se cítí fyzicky unaveni. Jednotlivé sloupce představují kladné odpovědi a jsou rozděleny dle délky praxe v PLD. Všeobecné sestry s praxí 1-5 let zvolilo odpověď ano v 6,6 % (4), skupina s praxí 6-15 let celkem 85,18 % (12) všeobecných sester, dále všeobecné sestry s praxí 15-30 let uvedly v 86,36 % (23) a nejvíce fyzické vyčerpání udávaly všeobecné sestry s praxí 30 a více let. Jednalo se celkem o 92,85 % (13) z celkového počtu 14 všeobecných sester s praxí 30 a více let. Výsledky ukázaly rostoucí únavu a vyčerpání se přibývajícím věkem dotázaných.

Graf 31 Hypotéza č. 6: Předpokládám, že využívání tělesného pohybu závisí na věku NLZP v oblasti péče o duševní zdraví.



Zdroj vlastní

Graf 32 Hypotéza č. 6: Předpokládám, že využívání tělesného pohybu závisí na věku NLZP v oblasti péče o duševní zdraví.

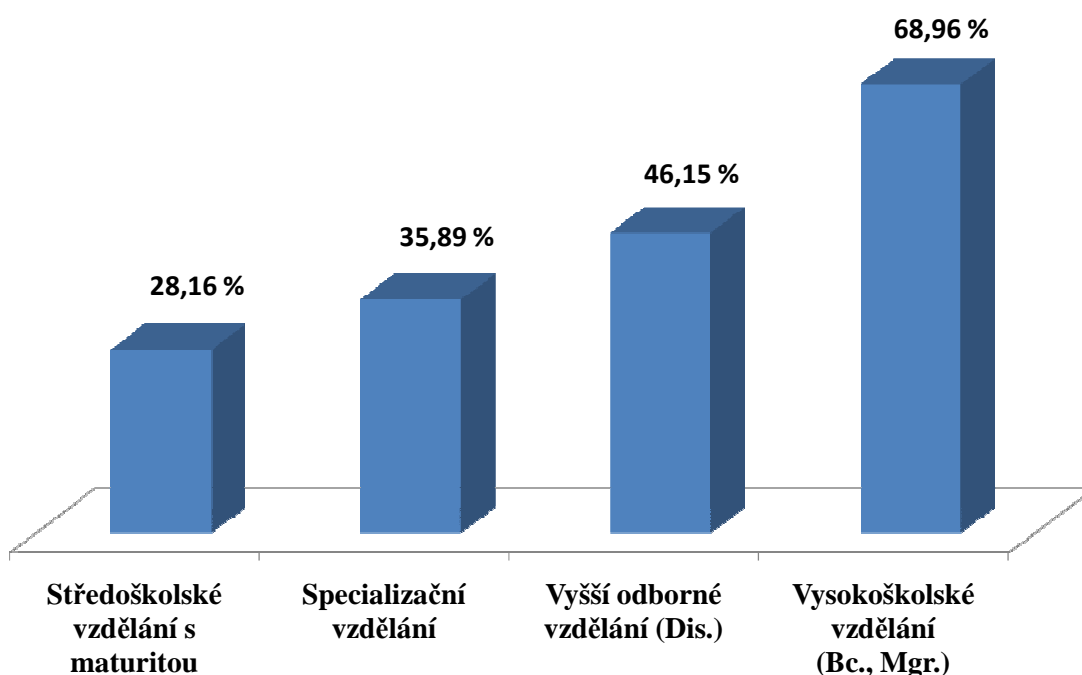


Zdroj vlastní

Opět se potvrzuje předešlé, že především mladí zdravotníci se odreagují sportem. Z grafu č. 31 a 32 je zřejmé, že nejmladší věková skupina 21-30 let odpovídala v obou otázkách častěji, že využívá sportu či tělesného pohybu. Se zvyšujícím se věkem byly tyto dvě odpovědi voleny méně.

Graf 33 Hypotéza č. 7: Předpokládám, že povědomost o psychohygieně je závislá na stupni vzdělání NLZP v oblasti péče o duševní zdraví.

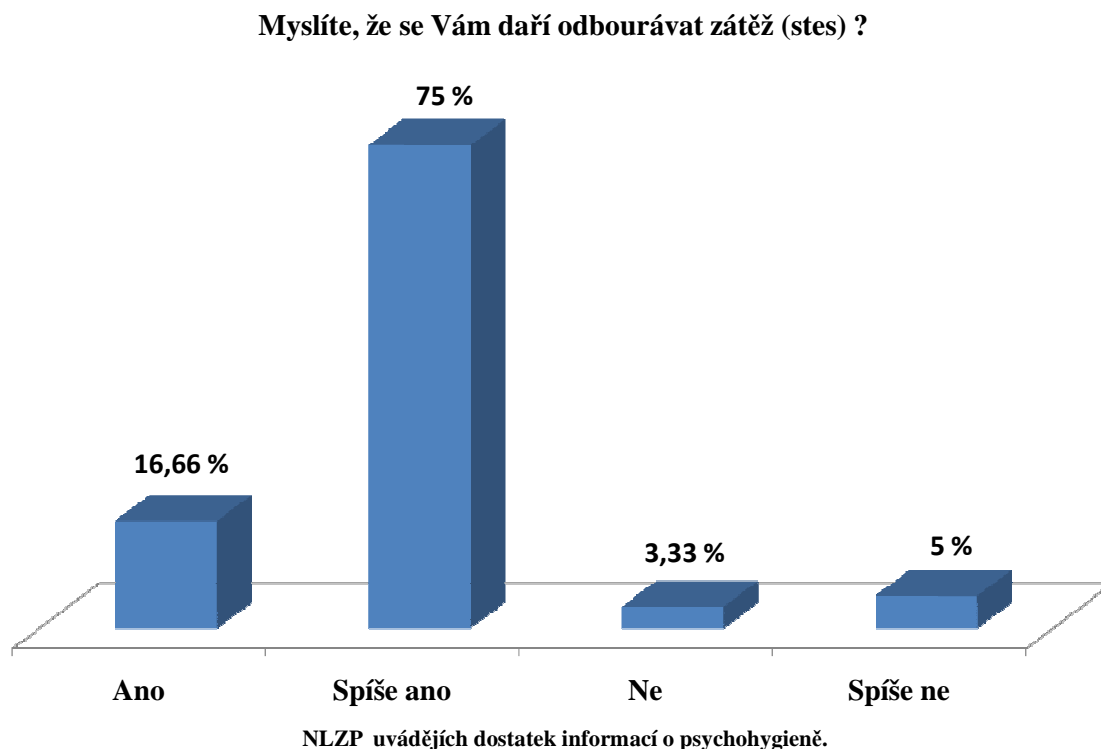
Myslíte, že máte dostatek informací o psychohygieně. Odpověď-ano.



Zdroj vlastní

Graf znázorňuje respondenty mající dostatek informací o psychohygieně. Nejpočetnější skupinu tvoří NLZP s vysokoškolským vzděláním, a to celkem 68,96 % (20) z celkového počtu 29. NLZP mající specializační vzdělání uváděli, že mají dostatek informací o psychohygieně celkem 35,89 % (14) z 39 respondentů stejného vzdělání. Respondentů s vyšším odborným vzděláním se zúčastnilo výzkumného šetření 13 a z nich 46,15 % (6) odpovědělo, že mají již dostatek informací o psychohygieně. Na pomyslném chvostu respondentů domnívajících se, že mají dostatek informací o psychohygieně, jsou středoškolsky vzdělaní NLZP a to 28,16 % z celkového počtu 71 respondentů s tímto vzděláním. Ze studie vyplynulo, že NLZP s vyšším vzděláním mají mnohem více příležitostí, dostat se k informacím o psychohygieně a jejímu využívání ve vykonávané profesi.

Graf 34 Hypotéza č. 8: Předpokládám, že většině NLZP v oblasti péče o duševní zdraví mající dostatek informací o psychohygieně se daří odbourávat profesní zátěž.



Zdroj vlastní

Graf č. 34 znázorňuje odpovědi NLZP na schopnost eliminovat zátěž plynoucí z jejich profese, domnívajících se, že mají dostatek informací o psychohygieně. 16,66 % (10) z nich odpovědělo, že se jim daří zátěž odbourat a celkem 75 % (45) se přiklání, že spíše ano. Naopak 3,33% (2) respondentů udalo, že se jim nedaří zvládat zátěž a 5 % (3) odpovídajících se přiklání k odpovědi spíše ne. Výsledky potvrzují, že informovaní NLPZ o psychohygieně lépe čelí zátěži plynoucí z jejich profese, což uvedlo 91,66 % (55).

DISKUZE

Hlavním cílem tohoto průzkumného šetření bylo zmapovat péči o své zdraví u NLZP v Psychiatrické léčebně Dobřany. Jako nesmírně významné z pohledu mého hlavního cíle vidím zjištění, že s celkového počtu 152 respondentů 95,39 % (145) považuje své pracoviště za zdravotně rizikové (graf č. 26). Je tedy zřejmé, že moji kolegové si uvědomují rizika spojená s výkonem jejich profese.

Jako **první cíl** svého výzkumného šetření jsem si stanovila zjistit subjektivní míru pracovní zátěže NLZP v PLD (otázky č. 7 - 16). **V hypotéze č. 1 jsem předpokládala, že NLZP v oblasti péče o duševní zdraví v PLD budou pociťovat více psychickou než fyzickou zátěž.** Z grafu č. 28 a 29 je patrné, že se mi **hypotéza č. 1 potvrdila.** Psychickou náročnost NLZP potvrzuje zjištění, že téměř všichni dotazovaní jsou po pracovní směně psychicky vyčerpaní, jedná se o 94,08 % (143) respondentů. Avšak fyzická únava udávaná u 78,94 % (120) respondentů není zanedbatelná.

V hypotéze č. 2 jsem předpokládala, že zvyšující se fyzická zátěž je závislá na délce praxe všeobecné sestry v PLD. Jak znázorňuje graf č. 30, odpovědi všeobecných sester na fyzickou únavu po pracovní směně se zvyšoval s délkou jejich praxe. Nejvíce fyzické vyčerpání udávaly všeobecné sestry s praxí 30 a více let. Naopak všeobecné sestry s praxí 1-5 let odpověď, že se cítí po pracovní směně fyzicky vyčerpané, zvolily méně. **Hypotéza č. 2 se mi potvrdila.**

Dále mě zajímalo, čím konkrétně jsou nejvíce NLZP v PLD fyzicky zatěžováni při výkonu svého povolání. Z šetření vyplynulo, že je nejvíce fyzicky vyčerpává zatěžování páteře při zvedání a polohování imobilních nemocných a úpravě lůžka. Stejně významné riziko je pro dotazované možné nakažení infekčním onemocněním. Nepřekvapilo mě zjištění, že je negativně vnímán fakt, že mnohým dotazovaným často nezbývá čas ani klid na dodržování pravidelného pitného režimu a stravování při pracovní směně. Narušený spánek vlivem směnného provozu uvedla více než polovina a to 52,17 % (48) z celkového počtu 92 NLZP pracujících na směny v PLD (graf č. 8).

Jelikož jsem se domnívala, že NLZP v PLD jsou především zatěžováni psychicky, považovala jsem za důležité specifikovat, co je pro ně nejvíce psychicky zatěžující. **V hypotéze č. 3 jsem předpokládala, že největším stresorem NLZP v péči o duševní zdraví je finanční ohodnocení.** Z grafu č. 10 zjistíme, že jako nejnáročnější vidí NLZP

v PLD stálou potřebu soustředění, každodenní konfrontaci s psychicky nemocnými a nízké ohodnocení náročného povolání. Spojitost velkého úsilí NLZP soustředit se při výkonu svého povolání a střetávat se s psychicky nemocnými v souvislosti s neadekvátním finančním ohodnocením je alarmující a velmi totožná s příznaky syndromu vyhoření. Což vysvětluje, že více než polovina oslovených přiznává, že pociťují či pociťovali příznaky syndromu vyhoření (graf č. 15). Neustálé nároky na zvyšování kvalifikace bylo uváděno pouze 6,39 % (23) respondenty, což mě překvapilo a vidím to nejspíše jako výsledek malého zájmu zaměstnavatele o zvyšování kvalifikace zaměstnanců. Snad se jedná o důsledek nedostatku financí a nutnosti úspor. Graf č. 11 ukazuje, že více než 1/5 respondentů připisuje prvenství mezi stresory nadměrnému administrativnímu zatížení. Jen o něco méně považují za stresující neadekvátní chování nemocných, jako je agresivní chování, nespolupráci nemocného. Za třetí největší stresor opět zařadili NLZP neodpovídající finanční ohodnocení. Je tedy zřejmé, že se nejedná o zcela největší stresor a **hypotéza č. 3 se mi nepotvrdila**. Avšak muži by moji hypotézu potvrzovali, protože z celkového počtu 12 mužů odpovědělo 75 % (9), že nejvíce psychicky zatěžující je pro ně nízké ohodnocení náročného povolání (otázka č. 11) a 83,3 % (10) vidí v podobě neodpovídajícího finančního ohodnocení největší stresor (otázka č. 12). Tento výsledek mě příliš nepřekvapil, protože i nadále v naší společnosti převládá role muže jako hlavního živitele rodiny. Ostatní odpovědi mužů se příliš neodlišovaly od odpovědí žen. Ve srovnání s výzkumem Bohumínské (2005) je pro NLZP v PLD nedostatečné finanční ohodnocení větším stresorem nežli udávali všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení okresní nemocnice. Výzkum také ukázal, že největší překážkou v plnění pracovních povinností je pro více než 1/4 respondentů nespolupráce pacientů (graf č. 12). Na grafu č. 13 je patrné, že obava o vlastní zdraví je výrazná. V první řadě jde o strach z úrazu, nákazy infekčním onemocněním či napadení ze strany pacienta. Neméně významná je pro NLZP obava z poškození pacienta.

Po předcházejícím výčtu možné zátěže se mi jeví většina mnou dotázaných NLZP jako stresu odolná a schopná stres zvládat. Jak uvádí graf č. 14, více než polovina dotázaných hodnotí, že se do stresu často během pracovní směny nedostává. Téměř totožné výsledky výzkumného šetření v psychiatrických léčebnách Havlíčkův Brod a Jihlava zveřejnili Opánková a Myslivcová (2012). Mé tvrzení potvrzuje i graf č. 20, kdy 85 % respondentů se domnívá, že se jim daří odbourávat zátěž / stres. Výsledky jsou totožné s výzkumem Ječné (2009), která shledala psychiatrické sestry lépe adaptované na stresové

situace nežli sestry z jiných oborů. Shodné byly i výsledky, že psychiatrické sestry se obávají fyzického napadení ze strany pacienta a cítí se nedostatečně finančně ohodnocené.

Výsledky šetření potvrzují, že NLZP PDL jsou vystaveni velkému množství stresogenních faktorů, což jsem očekávala a **první vytyčený cíl jsem splnila**. Proto jsem si jako **druhý cíl** stanovila zjistit, jakým způsobem NLZP v oblasti péče o duševní zdraví eliminují zátěž plynoucí z jejich profese (otázky č. 17 - 23). **V hypotéze č. 4 jsem předpokládala, že nejvíce NLZP v oblasti péče o duševní zdraví budou eliminovat svou profesní zátěž nejčastěji sociální oporou.** Výzkum ukázal (graf č. 16), že pro 1/4 dotázaných je opora kolegyní nejčastější pomocí v akutní stresové situaci. Prostředkem jak zvládnout akutní stres pro 1/5 NLZP je pití kávy či čaje. V pořadí třetí nejčastější odpovědí bylo kouření cigaret a následně opět pomoc blízké osoby například telefonním rozhovorem s přítelem či přítelkyní. K odreagování se od stresové situace jídlem se přihlásilo ještě dosti významné procento dotázaných. Naopak dechová cvičení a relaxaci používá jen velmi málo dotázaných. Potěšující je, že alkohol a léky jsou používány NLZP opravdu jen ve velmi malém procentu. O velmi individuálních a značně rozličných způsobech dlouhodobého zvládnání pracovní zátěže svědčí fakt, že na tuto otázku, kterou znázorňuje graf č. 17, využila drtivá většina respondentů možnost zaškrtnout větší množství odpovědí. Nejvíce z nich odpovědělo, že se dlouhodobě vyrovnává s pracovní zátěží odpočinkem a spánkem. Druhá nejčastější volba byla sociální opora. **Hypotéza č. 4 mi nepotvrdila.** Dále vyplynulo, že NLZP se rádi věnují svým koníčkům, kultuře, návštěvám společenských akcí, čtením knih či časopisů, snaží se pozitivně myslet. Vzhledem k předcházejícímu zjištění, že velká většina NLZP jsou často po pracovní směně fyzicky unavení, je pochopitelné, že sport a fyzická námaha například ve formě práce na zahrádce či úklidu volilo jen málo z nich. Jen velmi nepatrně sportovní aktivity předčily relaxaci a meditaci. V těsném závěsu udávali NLZP pasivní odpočinek při sledování televize. Na samém chvostu způsobů vyrovnávání se s pracovní zátěží byla volena odpověď supervize, balintovská skupina a konzultace s odborníkem (psychologem, psychiatrem).

V hypotéze č. 5 jsem předpokládala, že nejčastěji z životosprávy NLZP v oblasti péče o duševní zdraví využívají spánku. Graf č. 18 nám ukazuje, že v oblasti životosprávy nejvíce NLZP v PLD dodržují pitný režim. Vysvětlením může být snadná dostupnost tekutin na pracovišti i malá časová nenáročnost na dodržování pitného režimu.

Jako druhá nejčastější odpověď byla uváděna nutnost dostatečného spánku. Vzhledem k druhému umístění se **hypotéza č. 5 také potvrdila pouze částečně**, i přestože NLZP zvolili odpočinek a spánek jako nejčastější prostředek vyrovnávání se s pracovní zátěží, což znázorňuje předešlý graf. Třetí nejčastěji volenou odpovědí na dodržování životosprávy bylo, odpočívám, když jsem unavený/á. Tělesný pohyb dodržuje jen o něco méně respondentů. Efektivní hospodaření s časem (plánování, stanovení cílů a priorit) dodržuje pouze každý desátý respondent. Tento výsledek mě překvapil, domnívala jsem se, že plánování času je v dnešní době při tomto náročném povolání nevyhnutelné. Mohu se pouze domnívat, že i přes snahu a nutnost rozvržení času, je stále výsledný efekt NLZP vnímán neuspokojivě. Relaxaci a vyváženou stravu dodržuje nejméně mnou dotázaných respondentů. Jak ukazují výsledky výzkumného šetření, relaxace či meditace jsou prostředky používané jen úzkou skupinkou respondentů.

V hypotéze č. 6 jsem předpokládala, že využívání tělesného pohybu závisí na věku NLZP v oblasti péče o duševní zdraví. Jak je patrné z grafů č. 31 a 32, **hypotéza č. 6 se mi potvrdila.** Nejmladší věková skupina 21-30 let volila sport a tělesný pohyb nejvíce.

Jedním s nejdůležitějších úkolů NLZP pracujícího s psychicky nemocnými je umět vhodně komunikovat. Ne jen s nemocným, ale také jeho rodinou, blízkými a ostatními členy zdravotnického týmu. Vhodně vedená komunikace je důležitým předpokladem nejen pro zvládání konfliktních situací, nespolupráce až agrese. Proto mě zajímal jejich subjektivní názor, zda umí v komunikaci například využívat asertivní techniky. Téměř 4/5 mnou oslovených respondentů se domnívá, že ano či spíše ano umí v komunikaci využít asertivních technik (graf č. 19). Vzhledem k důležitosti a existujícím rezervám, je nutné tuto dovednost v sobě neustále zdokonalovat.

Velmi překvapující bylo zjištění (graf č. 21), že 1/4 respondentů uvedlo, že mají možnost řešit zátěžové situace na pracovišti pomocí supervize. V současné době v PLD neprobíhá externí forma supervize. Výsledky naznačují, že nejspíše někteří NLZP považují pomoc, předávání zkušeností, ventilaci emocí či nové nápady na zkvalitnění péče o psychicky nemocné mezi sebou za kolegiální nebo soukromou formu supervize. Za interní formu supervize lze také považovat dobré vedení nástupní praxe sester či odborný dohled kolegyně s platnou registrací při pracovní směně nad zdravotnickými asistenty, což standardně v PLD funguje. Výsledky nepřilíš lichotivě odhalily, že téměř

každý pátý odpovídající neví co supervize je. Nejvíce dotázaných odpovědělo, že nemá možnost řešit zátěžové situace na pracovišti supervizí. Pouze těchto respondentů jsem se dále ptala, zda by tuto možnost uvítali. Avšak odpovědi se mi dostalo celkem od 86,84 % (132) respondentů z celkového počtu 152. Jak jsem již uvedla, je možné se domnívat, že odpovídajícím chybí možnost externí supervize a proto považovali za důležité vyjádřit svůj názor. Tuto domněnku by bylo vhodné doplnit dalším výzkumným šetřením. Možnost supervize k zvýšení svého profesního růstu by uvítalo téměř 3/4 NLZP (graf č. 22). Je důležité však již nyní zmínit, což dále ze studie vyplynulo, že jako prioritní pomoc na podporu svého zdraví od zaměstnavatele supervize považována není (graf č. 27). **Cíl druhý jsem splnila** a odhalila jsem řadu prostředků, kterými NLZP v PLD eliminují zátěž plynoucí z jejich profese.

Protože se domnívám, že poznatky z psychohygieny jsou vhodným nástrojem k upevnování zdraví NLZP a zvládnání náročnosti jejich profese, stanovila jsem si jako **třetí cíl** zjistit, jaká je povědomost NLZP v oblasti péče o duševní zdraví o psychohygieně (otázky č. 24 - 26). Potěšující je fakt, že téměř většina dotázaných respondentů se již s pojmem psychohygieny setkala. Což potvrzuje předešlé zjištění prostředků využívaných NLZP v PLD k eliminaci profesní zátěže, které psychohygieny nabízí. Jen velmi malá část respondentů se s psychohygienou ještě nesešla. Nejčastěji se s pojmem setkali respondenti ve škole. Druhý nejčastější prostředek k získávání informací byl internet a poté televize. Nelichotivé jistě je, že v zaměstnání získalo informace o psychohygieně nejméně z nich (graf č. 23). Z grafu č. 24 je zřejmé, že více než polovina NLZP v PLD se domnívá, že nemá dostatek informací o psychohygieně. Především zaměstnavatel by měl mít zájem informovat zaměstnance o možnostech psychohygieny a její využití v praxi například formou seminářů, což sami dotazovaní upřednostňovali (graf č. 25). Velice přínosné by dle mého názoru bylo zaměření se na meditaci, relaxační a autoregulační metody, které jsou nyní užívány velmi úzkou skupinou NLZP.

V hypotéze č. 7 jsem předpokládala, že povědomost o psychohygieně je závislá na stupni vzdělání u NLZP v oblasti péče o duševní zdraví. Graf č. 33 znázorňuje pouze respondenty uvádějící, že mající dostatek informací o psychohygieně dle jejich nejvyššího dokončeného vzdělání. Je zde zcela patrné, že vysokoškolsky vzdělaní NLZP jsou skupinou nejpočetnější. Což může potvrzovat předešlé zjištění, že s psychohygienou se dotázaní nejčastěji setkali ve škole. **Hypotéza č. 7 se mi potvrdila.**

V hypotéze č. 8 jsem předpokládala, že většině NLZP v oblasti péče o duševní zdraví mající dostatek informací o psychohygieně se daří odbourávat profesní zátěž. V grafu č. 34 jsou znázorněny odpovědi již výše uváděné skupiny dotázaných, kteří mají dostatek informací o psychohygieně. Zajímalo mě, zda tito respondenti lépe čelí pracovnímu zatížení. Je patrné, že z celkového počtu 60 dotázaných pouze jednomu z deseti se nedaří eliminovat pracovní zátěž. **Hypotéza č. 8 se mi potvrdila** a ukazuje, že poznatky z psychohygieny jsou vhodnými prostředky k zvládnání pracovní zátěže. **Třetí cíl jsem splnila.**

Na závěr svého výzkumného šetření jsem se zeptala respondentů, jaká podpora vlastního zdraví od zaměstnavatele by jim nejvíce vyhovovala. Z výsledků je zjevné, že nejzajímavější pro NLZP v PLD je pasivní relaxace, ať formou masáží, návštěvy sauny, finančního příspěvku na vitamínové a potravinové doplňky. Podporu aktivní relaxace ve formě permanentek do bazénu, fitness center byly zajímavé pro každého pátého respondenta. Domnívám se, že ve velmi vypjatých rodinných rozpočtech jsou nejspíše tyto prostředky podpory vlastního zdraví často odsouvány. Zajisté by bylo přijatelnější, nabídnout zaměstnancům odpovídající mzdu, avšak ekonomická situace ve zdravotnictví se jeví stále jako nepříznivá. Rozporuplné názory na očkování stojí nejspíše za výslednou velmi malou skupinou respondentů, která by od zaměstnavatele uvítala příspěvek na očkování (graf č. 27).

Během výzkumného šetření se mi podařilo zjistit, že velkou úlohu v psychohygieně zaměstnance může sehrát i zaměstnavatel. Proto doporučuji top managementu PLD:

- Zajistit pro NLZP seminář o psychohygieně.
- Podporovat celoživotní vzdělávání zaměstnanců a spolupodílet se na jeho financování.
- Podporovat psychohygienu zaměstnanců formou benefitů.
- Chránit zaměstnance před příznaky syndromu vyhoření zajištěním supervize.
- Zvážit dle dlouhodobé strategie PLD zvýšení finančního ohodnocení zaměstnanců.

ZÁVĚR

Bakalářská práce nás seznámila s problematikou náročnosti práce NZLP v PLD z pohledu psychohygieny. Postupně se v kapitolách dovídáme o zásadách psychohygieny, v čem spočívá její role u NLZP, a jak se naučit využívat jejích prostředků při výkonu profese, ale i v soukromém životě tak, aby se chyby nepodepisovaly na našem zdraví.

Každá profese má své silné a slabé stránky. Jak však u NZLP naplno využívat těch silných a eliminovat ty slabé? Z vlastních zkušeností a pocitů jsem předpokládala, že práce NZLP v PLD je nesmírně náročná. Psychohygieny jako obor má široké spektrum zaměření. Slouží např. jako návod k řízení a ovlivňování sebe sama, věnuje pozornost sociální interakci, životosprávě či pomáhá k adaptaci na životní a pracovní prostředí. Ve výzkumné části jsem se pokusila pomocí stanovených hypotéz přiblížit toto obšírné téma a zodpovědět ty nejčastěji pokládané otázky.

Velké množství stresových faktorů je vnímáno každým jednotlivcem odlišným způsobem. Ze studie lze říci, že téměř většina si je vědoma rizikovosti svého povolání. Ukázalo se, že psychická náročnost, obava o své zdraví, nekonceptnost ze strany zaměstnavatele na jedné straně a nemocný na straně druhé, jsou jedny z nejvíce ohrožujících faktorů této profese. Neméně významný je i fakt, že převažuje nespokojenost s finančním ohodnocením za odvedenou práci. I přes náročnost svého povolání většina NLZP se shodla na tom, že během pracovní doby stres nepocítuje a daří se jí jej odbourávat. Přesto se každý pátý přiznal k tomu, že pocítuje či pocítoval příznaky syndromu vyhoření. Všichni oslovení NLZP věděli, o jaké příznaky se jedná. Proto si myslím, že jsou zdatnými a informovanými odborníky o tomto profesním riziku, a tudíž jsou připraveni mu čelit. Mé přesvědčení utvrdil i fakt, že většina z nich se již setkala a zná pojem psychohygieny. Též se potvrdilo pro většinu, že bez kvalitních mezilidských vztahů, umění asertivní komunikace, kvalitního spánku a odpočinku, lze jen těžko zvládat každodenní nástrahy. Z výsledků lze soudit, že NLZP postupně získávají poznatky z psychohygieny. Zajímavé by bylo doplnění tohoto šetření o prostředky vztahující se více na samotného jedince, jako je sebepoznání, sebevýchova a podobně.

Díky zjištěním, které z průzkumu plynou, pokládám za důležité, aby se NLZP dále a hlouběji zabývali vlastní osobností. Soustředili se na radost a dobrý pocit ze sebe sama a vlastnoručně odvedené práce, neskrývali se za vlastní neschopnost, neschopnost druhých

či se naopak nepovyšovali. Též prohlubování znalostí z oboru psychohygieny by mělo být na denním pořádku, a to především vlastní iniciativou a soustavným sebevzděláváním.

Chceme-li v plné síle čelit životním nástrahám, musíme se v první řadě stát skutečnou osobností, hledat širší obzory a další odpovědi. Máme možnost přístupem k sobě samému a též i s pomocí psychohygieny ovlivňovat kvalitu zdraví a tím i možnost prožít kvalitní život. A podaří-li se naší společnosti přesvědčit, že existují hodnoty převyšující materiální blahobyt, vzájemnou nevraživost a sobeckost, jsme zase o krůček blíže našim představám.

LITERATURA A PRAMENY

AIŠMANOVÁ, Alexandra. PSHY: *Psychohygiena (duševní hygiena): studijní opora pro studium učitelství praktického vyučování a odborného výcviku*. In: [online]. 2011. vyd.1 [cit. 2012-08-25]. Dostupné z: http://www.zcu.cz/fpe/about/celozivotni_vzdelavani/ESF_mistri/materialy2011/LS_podpora/kps_pshy/PSHY_Ajsmanova.pdf

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

BOHUMÍNSKÁ, Marie. Profesionální stres u sester. *Sestra*. 2005, č. 10, s. 16-18. ISSN 1210-0404.

BEDRNOVÁ, Eva a kol. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. vyd.1. Praha: Fortuna, 1999. 160 s. ISBN 80-7168-681-6.

BLATNÝ, Marek a kol. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010. 304s. ISBN 978-80-247-3434-7.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČELEVA. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČERVENKOVÁ, Zuzana. Hranice v psychice sestry mezi profesní rolí a rolí matky a manželky. *Sestra*. 2006, č. 6, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

DIMUNOVÁ, Lucia. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství IV: práca na smeny u sestier a jej dopad na výskyt kardiovaskulárných rizikových faktorov. Opava: Krajský úrad Moravského kraje, magistrát města, 2009. ISBN 978-80-7248-521-5.

DIMUNOVÁ, Lucia. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství V: Fajčenie ako ovplyvňiteľný rizikový faktor civilizačných ochorení u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetrovatelství, 2010. ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>

ELEXOVÁ, Hana a Tomáš PETR. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 2006. Praha: Grada publishing, a.s., 2006, s. 52-57. ISBN 80-247-1151-6.

FALEIDE, Asbjorn, O., Lilleba B. LIAN a Eyolf K. FALEIDE. *Symptom og mening. Moderne psykosomatisk tankegang*. Nosko: Fagbokforlaget, 2004. ISBN 82-450-0127-9.

FELDENKRAIS, Moshé. *Feldenkraisova metoda: Pohyben k sebeuvědomění*. Praha: Pragma, 1967. ISBN 80-7205-058-3.

GULÁŠOVÁ, Ivica. Prevence krizových situací. *Sestra*. 2010, č. 1, s. 24-26. ISSN 1210-0404.

HALUZÍKOVÁ, Jana a Zdenka ŘÍMOVSKÁ. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra*. 2010, č. 4, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. České ošetřovatelství. Manuálek o etice. Praktická příručka pro sestry. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-310-4.

JEČNÁ, Veronika. Stres v povolání psychiatrické sestry. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2009, roč. 105, č. 105, s. 27-31 [cit. 2012-05-12]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_27_31.pdf

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. vyd.1. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAUER, Miloš. Psychologické aspekty hygieny. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, č. 9, s. 360. ISSN 1801-1349.

MINIBERGEROVÁ Lenka a Kateřina JIČÍNSKÁ. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-513-6.

MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě Filozofická fakulta, 2007. 84 s. ISBN 80-7368-035-1

MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1984. Učebnice pro vysoké školy.

MÍČEK, Libor. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 4.vyd. Praha: SPN, 1986. ISBN 14-226-86.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, AV ČR, 1997. ISBN 80-200-0525-0.

OPÁLKOVÁ, Petra, MYSLIVCOVÁ Adéla. Psychická zátěž personálu psychiatrických oddělení. *Sestra*. 2012, č. 1, s. 25-27. ISSN 1210- 0404.

OUDOVÁ, Drahomíra. *Přednáška pro Univerzitu třetího věku CZU Praha, IVP CZU. In: Psychohygiena (duševní hygiena)* [online]. 2007 [cit. 2012-09-22]. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&sqi=2&ved=0CDcQFjAD&url=http%3A%2F%2Fdl.webcore.czu.cz%2Ffile%2FZl1UzQ4aFIrL3c9&ei=y3tdUN72A4z6sga72YGoBQ&usg=AFQjCNGwaR0jXOpd0YDBJgIPs7n73RYsLg&sig2=2iI2UT-G6aDCosNnTqjt_g

PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. Fakta o jídle a zdraví. *Sestra*. 2010, č. 4, s. 68. ISSN 1210-0404.

PAVLÍKOVÁ, Olga. Tělo si na noční směny zvyká těžko. *Zdravotnické noviny*. 2008, č. 3, s. 26. ISSN 0044-1996.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PRAŠKO Ján, Kateřina ESPA-ČERVENÁ a Lucie ZÁVĚŠICKÁ. *Nespavost. Zvládání nespavosti*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-919-4.

RADVANOVÁ, Alena a Marie BAUEROVÁ. Stravování v noční směně - při třísměnném provozu. *Sestra*. 2006, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka. Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.

ŠLAISOVÁ, Ivana, Ladislav HORÁK a Věra MICHÁLKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. NUCLEUC, HK, 2004. 92 s. ISBN 80-86225-51-8.

STARNOVSKÁ, Tamara. Pitný režim. *Sestra*. 2003, č. 10. s. 42 – 43. ISSN 1210 - 0404.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.

VÁŇA, Petr a Jaroslava, HEPNEROVÁ. Syndrom vyhoření může být příčinou fluktuace a chyb zdravotníků. *Zdravotnické noviny*. 2008, č. 51-52, s. 24-25. ISSN 0044-1996.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sestry v nozi*. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VRÁNOVÁ, Jana. Pitný režim. *Sestra*. 2006, č. 4, s. 23. ISSN 1210- 0404.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO definice zdraví* [online]. 1948. vyd. New York, 1948 [cit. 2012-10-28]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80247-2068-5.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Věk respondentů

Graf 3 Vzdělání respondentů

Graf 4 Délka praxe respondentů v PLD

Graf 5 Pracovní zařazení respondentů

Graf 6 Rozvržení pracovní doby respondentů.

Graf 7 Subjektivní hodnocení fyzického vyčerpání respondentů

Graf 8 Názor respondentů na nejvíce fyzicky zatěžující výkon v povolání

Graf 9 Subjektivní hodnocení psychického vyčerpání respondentů

Graf 10 Názor respondentů na nejvíce psychicky zatěžující výkon v povolání

Graf 11 Názor respondentů na nejvíce zatěžující situace při výkonu povolání

Graf 12 Názor respondentů na nejvíce zatěžující situace při výkonu povolání

Graf 13 Názor respondentů na nejvíce zatěžující situaci při výkonu povolání

Graf 14 Názor respondentů na frekvenci stresu při výkonu povolání

Graf 15 Názor respondentů na vlastní pociťování příznaků syndromu vyhoření v minulosti
i současnosti

Graf 16 Názor respondentů na zvládání pracovní zátěže

Graf 17 Názor respondentů na zvládání pracovní zátěže

Graf 18 Dodržování životosprávy respondenty

Graf 19 Názor respondentů na jejich schopnost asertivní komunikace

Graf 20 Názor respondentů na schopnost eliminovat zátěž

Graf 21 Možnost respondentů řešit pracovní zátěž supervizí

Graf 22 Názor respondentů na supervizi

Graf 23 Povědomost respondentů o psychohygieně

Graf 24 Povědomost respondentů o psychohygieně

Graf 25 Názor respondentů na způsob získávání informací o psychohygieně

Graf 26 Názor respondentů na rizikovost pracoviště vůči jejich zdraví

Graf 27 Názor respondentů na podporu jejich zdraví od zaměstnavatele

Graf 28 Hypotéza 1: Předpokládám, že NLZP v oblasti péče o duševní zdraví budou
pociťovat více psychickou než fyzickou zátěž.

Graf 29 Hypotéza 1: Předpokládám, že NLZP v oblasti péče o duševní zdraví budou
pociťovat více psychickou než fyzickou zátěž.

Graf 30 Hypotéza 2: Předpokládám, že zvyšující se fyzická zátěž je závislá na délce praxe všeobecné sestry v PLD.

Graf 31 Hypotéza č. 6: Předpokládám, že využívání tělesného pohybu závisí na věku NLZP v oblasti péče o duševní zdraví.

Graf 32 Hypotéza č. 6: Předpokládám, že využívání tělesného pohybu závisí na věku NLZP v oblasti péče o duševní zdraví.

Graf 33 Hypotéza č. 7: Předpokládám, že povědomost o psychohygieně je závislá na stupni vzdělání NLZP v oblasti péče o duševní zdraví.

Graf 34 Hypotéza č. 8: Předpokládám, že většině NLZP v oblasti péče o duševní zdraví mající dostatek informací o psychohygieně se daří odbourávat profesní zátěž.

SEZNAM ZKRATEK

ČR - Česká republika

BMI - Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)

IARC - Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny

NLZP - nelékařský zdravotnický pracovník

PLD - Psychiatrická léčebna Dobřany

WHO - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Multikauzální vliv faktorů podmiňující zdraví (Mlčák, 2007)

Příloha 2 Program Zdraví 21 je založen na pěti principech (Čelevová, Čeleva, 2010):

Příloha 3 Retrospekce součást sebepoznání (Míček, 1986)

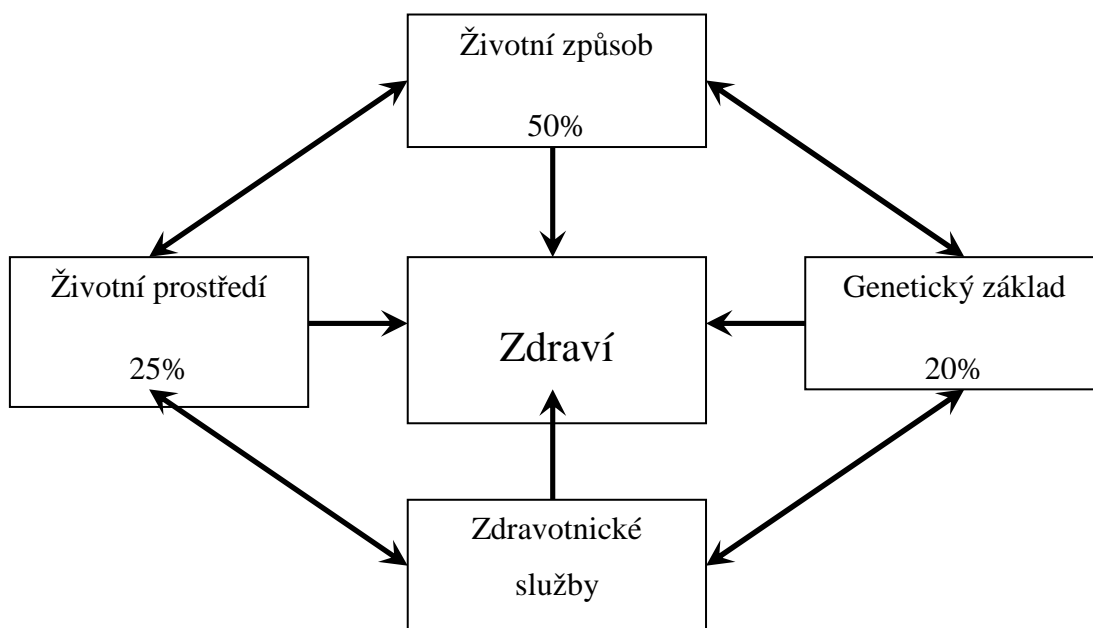
Příloha 4 Spánková hygiena (Praško, 2004)

Příloha 5 Porovnání minerálních vod z hlediska vhodnosti pro každodenní pitný režim
(Vránová, 2006)

Příloha 6 Schultzův autogenní trénink (Bedrnová, 1999)

Příloha 7 Dotazník

Příloha 1 Multikauzální vliv faktorů podmiňující zdraví (Mlčák, 2007)



Příloha 2 Program Zdraví 21 je založen na pěti principech (Čelevová, Čeleva, 2010):

- Spravedlnost – obsahem je, že všichni lidé mají právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný zdravotní potenciál.
- Solidarita – smyslem je poskytnout pomoc těm, jejichž možnosti jsou omezeny nebo jsou ohroženi nepříznivými podmínkami.
- Trvalá udržitelnost – je vlastně rozšířením principu spravedlnosti o časový rozměr. Znamená, že uspokojování potřeb v přítomnosti by nemělo ohrozit možnosti budoucích generací uspokojit své vlastní potřeby.
- Vlastní účast – je v tomto kontextu jedním ze základních lidských práv a zároveň i podmínkou existence a rozvoje občanské společnosti. Jedná se jak o možnost pečovat o své zdraví, tak o podíl rozhodování, které zdraví ovlivňuje.
- Etická volba – je obecnou zásadou. Je tomu jednak proto, že konzumní a tržní povaha společnosti může vést k podcenění výše jmenovaných principů, i proto, že vědecký a technologický rozvoj ovlivňuje základní období lidské existence (oplození, narození, smrt).

Solidarita pro zdraví v evropském regionu

Spravedlnost ve zdraví

Zdraví začátek života

Zdraví mládeže do 18 let

Zdravé stáří

Zlepšení duševního zdraví

Snížení výskytu přenosných nemocí

Snížení výskytu neinfekčních nemocí

Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy

Zdravé a bezpečné životní prostředí

Zdravější životní styl

Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem

Podmínky a příležitost pro zdraví

Meziodvětvová odpovědnost za zdraví

Integrovaný zdravotnický systém

Řízení v zájmu kvality péče

Financování zdravotnictví a rozdělování finančních zdrojů

Rozvoj lidských zdrojů v zájmu zdraví

Výzkum a znalosti v zájmu zdraví

Mobilizace partnerů pro zdraví

Politika a strategie v zájmu zdraví pro všechny

Příloha 3 Retrospekce součást sebepoznání (Míček, 1986)

Míček na objasnění metod uvádí řadu ukázek, za všechny jediná retrospekce (1986, s. 31, ukázka č. 23, žena 21 let)

„Mé sebepoznání začalo situací hádky a hned jsem si ověřila, že pozorovat znamená vlastně kontrolovat se. Byla jsem silně provokována nepravdivými argumenty a křikem, na což bych asi počala reagovat také silným rozčlením, teď jsem se snažila jednat, jako by se na mne stále díval někdo třetí, kdo mě potom ihned začne kritizovat, hodnotit mé chování, komu se budu muset „zodpovídat“. Situaci jsem analyzovala hned, šlo o naprosté maličkosti, aspoň jsem si byla jistá, že takto bych to zhodnotila s odstupem času. To byla totiž myšlenka, která mi pomáhala a kterou jsem používala jako pomůcku dalších sebepozorování: jak by se to asi jevilo nezaujatému člověku, kterému bych to s určitým časovým odstupem už v klidu měla vyprávět, jaká slova bych volila? Takto vlastně dojdou k tomu, jak bych situaci zpětně hodnotila já, a tedy jak ji mám správně hodnotit teď. Představa, že na otázku Proč jste se vlastně hádaly? Většina lidí by musela asi odpovědět výčtem drobných hloupostí, je vlastně trochu komická i smutná zároveň.“

Příloha 4 Spánková hygiena (Praško, 2004)

- Ochrana spánkového prostoru – ložnice se používá pouze ke spaní (ne k práci, jídlu, řešení problémů,...výjimku má pouze milování). Místnost je klidná, tmavá a dobře větraná, spíše chladnější, chráněná před venkovním světlem a hlukem.
- Postel je pohodlná s kvalitní matrací.
- Lehce stravitelná večeře – cca 2-3 hodiny před usínáním (nejideálnější čas posledního jídla je kolem 18. hodiny).
- Vyloučení budivých látek těsně před spaním – kofein, kořeněné jídlo, alkohol, cigarety. Budivé látky zvyšují bdělost, kofein může mít vliv až 6 hodin po požití, alkohol ruší spánkový rytmus a stejně jako kouření stimuluje nervový systém.
- Zavedení předspánkového rituálu - dvě hodiny před spaním 20 minut horkou koupel, která vaše tělo uvolní, těsně před spaním se můžeme uklidnit relaxačním cvičením – vyprázdnit svoji mysl, prohloubit dech, celkově zchladit teplotu našeho těla.
- Zvykněte si na rutinu – pokud je to možné udržujte pravidelný rytmus spánku a bdění i o víkendu a dovolené. Snažte se mít pevný čas uléhání do postele a vstávání. Nejděte si lehnout dříve, než jste unavení. Vyhýbejte se pospávání během dne. Po probuzení nezůstávejte v posteli dlouho, mohli byste mít další dny problémy s nespavostí.
- Pravidelná strava a cvičení během dne podpoří vaše biorytmy.
- Uvolněte se koupelí v teplé vodě, poslechem uklidňující hudby nebo relaxací.
- Vymočte se, snižte nebo úplně omezte příjem nápojů několik hodin před spaním.
- Nejděte si lehnout, dokud necítíte ospalost.

Příloha 5 Porovnání minerálních vod z hlediska vhodnosti pro každodenní pitný režim (Vránová, 2006)

Doporučené důležitost	Vápník 40-80 mg/l	Hořčík 20-30 mg/l	poměr2:1 vápník:hořčík	Sodík do 150mg/l	Mineralizace do 1000 mg/l
Korunní	87	31	2,8 : 1	103	980
Magnesia	46	337	1 : 7,3	6	1853
Hanácká kyselka	290	69	4,2 : 1	247	2464
Poděbradka Pro Linie	172	69	2,5 : 1	516	2844

Příloha 6 Schultzův autogenní trénink (Bedrnová, 1999)

Schultzův autogenní trénink (AT) - německá metoda spočívající v maximálním tělesném uvolnění, vnitřního duševního soustředění a hlubokého ponoření do sebe sama. Efekt spočívá v koncentraci na somatickou oblast, její relaxaci. Díky ní dochází k propojení s oblastí psychickou a její relaxaci. Jde tedy o tři základní mechanismy - koncentraci, relaxaci a představy, které se uplatňují dle následujících zásad:

- Uvolnění (relaxace) - cvičení začíná koncentrací na maximální tělesné uvolnění. Lze doporučit cvičení o samotě, vleže nebo vsedě (spící vozka, poloha mexického povaleče). Autosugestivní formulka pronesená vnitřním hlasem je: „jsem zcela uvolněná a klidná.“
- Koncentrace na tíži - od pravé ruky po levou nohu všechny končetiny příjemně ztěžknou. Formulka: „Pravá ruka je těžká, příjemně těžká.“
- Koncentrace na teplo - vnitřní zrak se soustředí na teplo končetin, opět začneme u pravé ruky. Formulka: „Pravá ruka je příjemně teplá, cítím teplo v pravé ruce.“
- Koncentrace na srdeční tep – zda je klidný a pravidelný. Formulka: „Srdce mi tepe klidně a spolehlivě.“
- Koncentrace na dech - jde o zcela pasivní registraci vlastního uvolněného a klidného dechu. Začátečnickům se stává, že v této fázi manipulují s dechem. Formulka: „Dech je zcela uvolněný a klidný, dýchá to samo.“
- Koncentrace na chladné čelo – v závěru přeneseme pozornost na pročištěnou, příjemně prázdnou hlavu a chladné čelo. Formulka: „Čelo je příjemně chladné.“
- Zrušení relaxace - v samém závěru se zhluboka nadechneme, dynamicky protáhneme paže a otevřeme oči.

Příloha 7 Dotazník

Milé kolegyně a kolegové,

studuji na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni studijní program Ošetrovatelství. V rámci realizace mé bakalářské práce na téma „psychohygienu nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví“ se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Tento dotazník je zcela anonymní. Prosím Vás, o co největší upřímnost a předem děkuji za spolupráci a Váš čas strávený s vyplňováním mého dotazníku.

Páníková Simona

1. Jaké je Vaše pohlaví?

Muž

Žena

2. Jaký je Váš věk?

Do 20 let

31-40 let

51 a více let

21-30 let

41-50 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

Středoškolské vzdělání s maturitou

Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.)

Vyšší odborné vzdělání (Dis.)

Specializační vzdělání

4. Jak dlouho pracujete v PLD?

Do 1 roku

6-15 let

Více než 30 let

1-5 let

15-30 let

5. Jaké je vaše pracovní zařazení?

Všeobecná sestra

Ergoterapeut

Zdravotnický asistent

Fyzioterapeut

Vedoucí, staniční, vrchní sestra

Psycholog /psychoterapeut

6. Pracujete ve směnném provozu?

Ano

Ne

7. Cítíte se často po Vaší pracovní službě fyzicky vyčerpaný/á?

Ne Ano Minimálně

Středně

Maximálně

8. Cítíte se často po Vaší pracovní službě psychicky vyčerpaný/á?

Ne Ano Minimálně

Středně

Maximálně

9. Považujete své pracoviště za zdravotně rizikové?

Ne Ano Minimálně

Středně

Maximálně

10. Co Vás ve Vaší práci nejvíce fyzicky zatěžuje? (možno zaškrtnou více možností)

Statické zatížení nohou

Dynamické (popocházení,
přecházení)

Zátěž na páteř (zvedání, polohování)

Zatěžování svalů a kloubů

Kontakt s exkrementy, nehojícími
ránami, zápach, vyrážky, deformity...

Riziko infekce

Narušení spánku vlivem směného
provozu

Kontakt s desinf. prostředky, farmaky,
pomůckami

Hluk, nedostatečné osvětlení, radiační
záření

Nedostatek času a klidu na pravidelný
pitný režim a stravování

Jiné.....

11. Co Vás ve Vaší práci nejvíce psychicky zatěžuje? (možno zaškrtnou více možností)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Neustálé nároky na učení a zvyšování kvalifikace | <input type="checkbox"/> Vstupování do intimity nemocných (cévkování, inj., sondy...) |
| <input type="checkbox"/> Stálá potřeba soustředění | <input type="checkbox"/> Provádění řady úkonů, které vzbuzují odpor |
| <input type="checkbox"/> Náročnost na paměť | <input type="checkbox"/> Komunikace s příbuznými |
| <input type="checkbox"/> Rychlé přizpůsobování se změnám | <input type="checkbox"/> Konflikt rolí |
| <input type="checkbox"/> Nutnost improvizovat | <input type="checkbox"/> Nízké ohodnocení náročného povolání |
| <input type="checkbox"/> Každodenní konfrontace s psychicky nemocnými | Jiné..... |

12. Co považujete za největší stresor ve Vaší práci? (možno zaškrtnou více možností)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neodpovídající finanční ohodnocení | <input type="checkbox"/> Neadekvátní chování nemocných (agrese, nespolupráce,...) |
| <input type="checkbox"/> Špatné vztahy na pracovišti | <input type="checkbox"/> Nebezpečí nákazy |
| <input type="checkbox"/> Nefungující týmová spolupráce | <input type="checkbox"/> Nezáměr zaměstnavatele o pracovní podmínky |
| <input type="checkbox"/> Nedostatek personálu | <input type="checkbox"/> Nevyhovující pracovní prostředí |
| <input type="checkbox"/> Hluk či jiné rušivé vlivy | <input type="checkbox"/> Nemožnost vzdělávat se |
| <input type="checkbox"/> Nízká prestiž profese a stigma psychiatrie | <input type="checkbox"/> Nemám stres |
| <input type="checkbox"/> Nadměrné administrativní zatížení | Jiný |
| <input type="checkbox"/> Pocit bezmoci u chronických, nevléčitelně nemocných a umírajících | |

13. Co je dle Vás největší překážkou při plnění Vašich pracovních povinností?
(možno zaškrtnout více možností)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Únava, vyčerpání | <input type="checkbox"/> Nedostatek pomocného zdravotnického personálu |
| <input type="checkbox"/> Špatná organizace práce | <input type="checkbox"/> Nespolupráce pacientů |
| <input type="checkbox"/> Nefungující týmová spolupráce | <input type="checkbox"/> Nemám překážky |
| <input type="checkbox"/> Mobbing, bossing (šikana na pracovišti od kolegyně či kolegů, nadřízené) | Jiná..... |
| <input type="checkbox"/> Nedostatečné materiální a technické vybavení oddělení, pracoviště | |
| <input type="checkbox"/> Nárazovost práce | |

14. Čeho se v práci nejvíce obáváte?(možno zaškrtnout více možností)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Poškození svého zdraví (úrazu, nákazy infekč. onem, ...) | <input type="checkbox"/> Kontroly nadřízeného |
| <input type="checkbox"/> Konfliktu s kolegyněmi | <input type="checkbox"/> Poškození pacienta |
| <input type="checkbox"/> Konfliktu s nadřízeným | <input type="checkbox"/> Napadení ze strany pacienta |
| <input type="checkbox"/> Konfliktu s pacientem či jeho rodinou | <input type="checkbox"/> Ničeho se neobávám |
| | Jiné..... |

15. Dostáváte se často v práci do stresu?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
|------------------------------|-----------------------------|

16. Pociťujete nebo pociťovali jste někdy na sobě příznaky syndromu vyhoření?

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| <input type="checkbox"/> Nevím, o jaké příznaky jde | |

17. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat **AKUTNÍ stresovou situaci** na pracovišti?
(možno zaškrtnout více odpovědí).

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jídlo (např. čokoláda či jiné sladkosti) | <input type="checkbox"/> Léky |
| <input type="checkbox"/> Dechová cvičení a relaxace | <input type="checkbox"/> Kouření |
| <input type="checkbox"/> Opora kolegyně | <input type="checkbox"/> Káva, čaj |
| <input type="checkbox"/> Opora přítele, přítelkyně (např. telefonní rozhovor) | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| | <input type="checkbox"/> Nemám stres |
| | Jiné..... |

18. Jak se dlouhodobě vyrovnáváte s pracovní zátěží? (možno zaškrtnout více odpovědí).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sociální opora – přátelé, rodina | <input type="checkbox"/> Optimismus, pozitivní myšlení |
| <input type="checkbox"/> Relaxace, meditace | <input type="checkbox"/> Četba knih, časopisu |
| <input type="checkbox"/> Odpočinek, spánek | <input type="checkbox"/> Sledování televize |
| <input type="checkbox"/> Koníčky | <input type="checkbox"/> Supervize, balintovská skupina |
| <input type="checkbox"/> Fyzická námaha (úklid, zahrádka) | <input type="checkbox"/> Konzultace s odborníkem (psycholog/psychiatr) |
| <input type="checkbox"/> Sport | Jiné |
| <input type="checkbox"/> Kultura, společenské akce | |

19. Zaškrtněte, vše co v oblasti životosprávy dodržujete.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pitný režim | <input type="checkbox"/> Vyvážená strava |
| <input type="checkbox"/> Dostatečný spánek | <input type="checkbox"/> Tělesný pohyb |
| <input type="checkbox"/> Odpočívám, když jsem unavený/á | <input type="checkbox"/> Efektivní hospodaření s časem (plánování, stanovení cílů, priorit) |
| <input type="checkbox"/> Relaxace | |

26. Jaká forma seznámení či dalšího získání informací o psychohygieně by Vám vyhovovala?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seminář | <input type="checkbox"/> E-learning vzdělávací kurzy |
| <input type="checkbox"/> Skupinová edukace | <input type="checkbox"/> Samostudium |
| <input type="checkbox"/> Informace od nadřízeného | |

27. Jaký způsob podpory Vašeho zdraví od zaměstnavatele by Vám vyhovoval?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Podpora pohybových aktivit
(permanentky na plavání, fitness
centra,...) | <input type="checkbox"/> Příspěvek na vitamínové (potravinové)
doplňky |
| <input type="checkbox"/> Podpora relaxačních (masáže,
sauna,...) | <input type="checkbox"/> Supervize |
| <input type="checkbox"/> Při přestávce možnost klidného místa
(místnosti) v práci. | Jiné..... |
| <input type="checkbox"/> Příspěvek na očkování | |

