

Psychosociální profesionální zátěž sester a pracovní podmínky

Pavla Bilavčíková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavla BILAVČÍKOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Psychosociální profesionální zátěž sester a pracovní podmínky**

Zásady pro vypracování:

Cílem teoretické části je vydefinovat, co je to psychosociální zátěž sester a faktory, které ji ovlivňují. Dalším cílem je popsat osobnostní typologii sester ve vztahu ke zdravotnické profesi. A v poslední části zmapovat psychosociální potřeby klinicky nemocných v zátěžových situacích. V praktické části bude sledována skutečná psychosociální zátěž sester a bude provedena analýza pracovních podmínek.

Doporučení pro praxi: výsledky z šetření předat vedoucím pracovníkům a publikovat je ve zdravotnickém odborném tisku.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P., Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., Speciální psychologie. Brno: NCO NZO, 2004. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.

KAPR, J., Pacient: revoluce v poskytování péče. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998.

75 s. ISBN 80-85850-49-4.

NAKONEČNÝ, M., Psychologie osobnosti. Praha: Academia, 2003. 336 s.

ISBN 80-200-0628-1.

ŘEZÁČ, J., Sociální psychologie. Brno: PAIDO, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michaela Karafiátová

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

18. ledna 2010

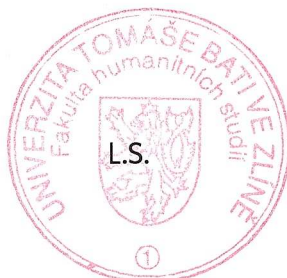
Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



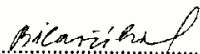
Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 3. 6. 2010


.....

1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

ABSTRAKT

Teoretická část bakalářské práce se zabývá psychosociální profesionální zátěží u zdravotních sester. V úvodní části práce je popsána fyzická, psychická a sociální zátěž ve zdravotnictví, obecná charakteristika stresu, náročné životní situace a způsoby vyrovnání se s nimi. Dále jsou zde vydefinovány osobnostní charakteristiky sester, které hrají roli při zvládnání stresových situací. Praktická část bakalářské práce zkoumá a srovnává psychosociální profesionální zátěž u zdravotních sester na chirurgických a interních ošetrovacích jednotkách, nebo-li jsou zde hodnoceny a srovnány pracovní podmínky ve dvou vybraných nemocnicích.

Klíčová slova: Zdravotní sestra. Stres. Zátěž. Pracovní podmínky

ABSTRACT

The theoretical part of the bachelor thesis deals with psycho-social stress at nurses. In the introduction is described physical, psychical and social stress in health service, general parameters of the stress, hard life situations and their treatment. Moreover, personal characteristics of nurses, which play an important role during the stress situation managing, are here mentioned. The practical part of the bachelor thesis investigates and compares psycho-social stress at nurses in different wards - a medical department and a surgery. In order to accomplish the study, a two hospitals were chosen.

Keywords: A nurse. Stress. Burden. Working conditions.

Děkuji paní Mgr. Michaele Karafiátové za odborné vedení a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁTĚŽ SESTER.....	11
1.1 DETERMINACE FAKTORŮ PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁTĚŽE.....	11
1.1.1 INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	11
1.1.2 NEJČASTĚJŠÍ ZÁTĚŽOVÉ SITUACE V KAŽDODENNÍ PRAXI	12
1.2 FYZICKÁ ZÁTĚŽ SESTER.....	13
1.3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ SESTER	13
DŮSLEDKY PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE	14
1.3.1 PŮSOBENÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE NA SESTRU	14
1.4 PŮSOBENÍ STRESU NA ZDRAVÍ	16
1.4.1 OBECNÉ SCHÉMA ADAPTAČNÍHO SYNDROMU	16
1.4.2 NEJTYPIČTĚJŠÍ REAKCE NA STRES	17
1.4.3 SUBJEKTIVNÍ VYHODNOCENÍ STRESOVÉ SITUACE	18
1.4.4 KONCEPCE ŽIVOTNÍCH UDÁLOSTÍ A REAKCÍ NA STRES	18
2 TEMPERAMENT JAKO FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁTĚŽ SESTER.....	20
2.1 CHOVÁNÍ A TYPOLOGIE SESTER PODLE HIPPOKRATOVY TEORIE	20
2.2 OSOBNOSTNÍ TYPOLOGIE ZDRAVOTNÍ SESTRY VE VZTAHU KE ZDRAVOTNICKÉ PROFESI.....	23
2.2.1 PROFESIONÁLNÍ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ SESTRY	23
2.2.2 TYPOLOGIE CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ SESTRY.....	23
2.2.3 NEADAPTIVNÍ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER	24
2.3 OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY, KTERÉ HRAJÍ ROLI PŘI ZVLÁDÁNÍ STRESU	25
3 NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE A ZPŮSOBY VYROVNÁNÍ SE S NIMI	28
3.1 ROZDĚLENÍ NÁROČNÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍ.....	28
3.1.1 FRUSTRACE JAKO SITUACE A PROŽITEK	29
3.1.2 MOBBING JAKO FAKTOR PRACOVNÍ NESPOKOJENOSTI	31
3.1.3 REAKCE NA ZÁTĚŽOVÉ SITUACE	31
3.2 CHARAKTERISTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ – BURNOUT.....	33
4 PACIENT A NEMOC, JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE	34
4.1 POSTOJ PACIENTA K NEMOCI.....	35
4.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY PACIENTA V ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍCH	36

II	PRAKTICKÁ ČÁST	38
5	METODIKA PRÁCE	39
5.1	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	39
5.2	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK V DOTAZNÍKOVÉM ŠETŘENÍ	39
5.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	40
6	CÍLE PRÁCE	42
7	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	43
	DISKUZE	76
	ZÁVĚR	84
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	86
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	89
	SEZNAM TABULEK	90
	SEZNAM GRAFŮ	92
	SEZNAM PŘÍLOH	94

ÚVOD

Když jsem před sedmi lety nastoupila na střední zdravotnickou školu, neuměla jsem si představit, jak obtížná je práce zdravotní sestry. Měla jsem pouze zkeslené laické představy, které plynuly z mých předchozích návštěv zdravotnických zařízení. Postupem času si mě začalo studium ošetrovatelství podmaňovat a škola se tak zároveň stala i mým koníčkem. Nyní si troufám říct, že jsem si vybrala správné povolání, protože práce zdravotní sestry a pomoc potřebným mne naplňuje a dává smysl života.

Jako téma svojí bakalářské práce jsem si vybrala Psychosociální profesionální zátěž sester a pracovní podmínky. Zátěž v profesi zdravotní sestry bezesporu existuje. Laická veřejnost, stejně jako já před nástupem na zdravotnickou školu, nemá velkou představu, co práce zdravotní sestry obnáší. Mnozí si myslí, že sestřičky jen sedí u kávy a občas někomu „píchnou“ injekci. Většina lidí ani zdaleka netuší, že sestry nejsou jen pomocnice lékaře, ale že pracují samostatně, v souladu se svým ošetrovatelským procesem.

Velmi často se ještě setkáváme s otázkou: „Proč sestry musí mít vysokou školu, když doposud jim stačila střední škola a fungovalo to výborně?“ Tyto dotazy jsou dalším důkazem laické nevědomosti o profesi sestry. Sestry se během vzdělávání na vysoké škole musí naučit velké množství jednak teoretických vědomostí z oblasti medicíny, ošetrovatelství, psychologie, sociologie, managementu a také mnoho praktických dovedností. Sestry všechny svoje poznatky musí umět využívat v praxi. V jejich práci se prolíná mnoho oborů, musí umět chápat souvislosti, umět s klienty komunikovat, chovat se profesionálně a přistupovat ke svým klientům jako k bio – psycho - sociální jednotce. Všechny požadavky, které jsou na sestru kladeny, může ona vnímat jako zátěž.

V teoretické části této práce bude popsána psychosociální zátěž sester, náročné životní situace a způsoby vyrovnání se s nimi. Poslední část teoretické části bude věnována pacientovi a jeho zvládnání náročných životních situací.

V praktické části bakalářské práce provedu šetření týkající se psychosociální profesionální zátěže sester a porovnáám pracovní podmínky v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁTĚŽ SESTER

Povolání zdravotní sestry bylo, je a vždy bude nejen fyzicky, ale i psychicky a sociálně velmi náročné. Zátěž vyplývá ze samotné podstaty ošetrovatelské profese. Ovlivňují ji pracovní podmínky, ve kterých se práce odehrává a také individuální míra frustrační tolerance u každé sestry, to znamená, jak se každá sestra dokáže vyrovnat se stresem a pracovní zátěží. Některé sestry stresuje, že musí druhý den do práce, některým zase nevyhovují pracovní podmínky a požadavky kladené pracovištěm a jiné jsou se stejnou organizací práce spokojené (Jobánková, M., Kvapilová, J., 2007, s. 18, Komačeková, D., 2009, s. 26).

Psychosociální zátěž nelze přesně definovat, jedná se o spojitost nervových a psychických dějů a zdůrazňuje se sociální povaha psychiky. Psychosociální zátěž vychází z podmínek a prostředí společenského charakteru, ne však z prostředí biologické, fyzikální a chemické povahy (Hladký, A., Židková, Z., 1999, s. 17).

Základní filozofií ošetrovatelství je umění zdravotnických pracovníků rozpoznat nesoběstačnost klientů a uspokojovat jejich potřeby, aby u nemocných nedošlo k deficitu potřeb. Aby sestra mohla provádět ošetrovatelskou péči kvalitně a aktivně uspokojovat potřeby nemocných, tak jsou na ni kladeny požadavky v oblasti celoživotního vzdělávání, požadavky na pozitivní osobnostní vlastnosti a komunikační schopnosti.

Sestra uspokojuje potřeby svých klientů, ale práce a střídání služeb vede k tomu, že její osobní život, možnost uspokojování jejích vlastních potřeb, denní režim, životní styl a odpočinek jsou zcela nevyvážené. Někdy se sestry snaží dodržovat alespoň „občasnou pravidelnost“ života běžné rodiny (Drozdová, J., 2005, s. 49).

1.1 Determinace faktorů psychosociální zátěže

1.1.1 Interpersonální vztahy ve zdravotnickém zařízení

Mezi zdroje náročných situací v sesterské praxi můžeme zařadit problémy ve vztazích mezi sestrou a pacientem, vztahy mezi sestrou a rodinnými příslušníky pacienta a vztahy mezi zdravotnickými pracovníky navzájem.

Ve vztahu k pacientovi se vyskytují náročné situace, s nimiž si sestra nemusí vědět rady, je zaskočená, bezradná nebo se cítí ublížená. Zejména si neumí poradit se slovními projevy strachu pacienta z blížící se smrti a s jeho bolestí. Dále se slovními narážkami na na svoji osobu, sexuálními návrhy a nabízením úplatků. Tyto situace se můžou vyskytovat i ve vztahu k příbuzným pacientů, protože někdy je velmi obtížné komunikovat s příbuznými. Jednou z největších zátěží je předávání pozůstalosti po zesnulém pacientovi a výčitky rodinných příslušníků.

Vztahy mezi členy zdravotnického týmu, tzv. sociální klima je dalším velkým zdrojem psychosociální zátěže. Vztahy mezi sestrami navzájem a vztahy mezi vedoucími pracovníky (vrchní sestrou a staniční sestrou) můžou být výborné, ale také se můžou vyskytovat konflikty nebo dokonce mobbing – šikana na pracovišti. Zdrojem psychosociální zátěže sester ve vztahu k lékaři jsou konflikty a kritika sestry lékařem, která se často odehrává před zraky pacienta. Velmi zatěžující je také přenášení lékařských kompetencí na sestru (Jobánková, M., Kvapilová, J., 2007, s. 18).

1.1.2 Nejčastější zátěžové situace v každodenní praxi

Nejčastějším zdrojem psychosociální zátěže je setkání sestry s umírajícím klientem a následně s jeho rodinou. Sestry jsou si vědomy příčin změn ve zdravotním stavu člověka a umírání, ale i přesto se neubrání citové zranitelnosti a ztotožňování se s pocity pacientů a příbuzných. Je také těžké zvládat kontakt s pozůstalými. U některých může bolest přejít až do výčitek směrem ke zdravotnickému personálu.

Jinou zátěžovou situací jsou dotazy a obavy pacientů, které ventilují směrem k sestře, protože často jsou pacienti od svých lékařů informování velmi nedostatečně.

Zdravotní sestry se setkávají s lidmi, kteří jsou sobečtí, netrpěliví, agresivní, panovační, chovají se k sestrám nehezky, ale sestry se musí chovat profesionálně, být milé a nedávat najevo žádné antipatie. Sestry se nesmí vyhýbat problémovým nemocným, musí komunikovat a pečovat o všechny nemocné bez ohledu na jejich povahové vlastnosti a projevy a to může být pro sestru taktéž zatěžující (Jobánková, M., Kvapilová, J., 2007, s. 18, Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M., 2004, s. 142).

1.2 Fyzická zátěž sester

Pracovní zátěž zdravotních sester je dána vyvážeností výkonové kapacity člověka a požadavky a podmínkami, za kterých se práce uskutečňuje. Zátěž je přiměřená, pokud jsou obě tyto složky v rovnováze, pokud jsou v nerovnováze, jde o zátěž nepřiměřenou, která bývá označována jako zátěž z přetížení výkonové kapacity (Komačeková, D., 2009, s. 26).

Fyzické zatížení zdravotní sestry je velké a proměnlivé podle délky směny a soběstačnosti a věku klientů.

Sestra je nejvíce vystavena zatížení pohybového aparátu, zejména dolních končetin, které zatěžuje jak staticky - stáním, tak i dynamicky - chůzí. Zatížena je také páteř a kloubní systém a to nejvíce při ošetřování imobilních klientů. Sestra je vystavena velkému fyzickému zatížení, které ještě zhoršují nedostatečné pracovní podmínky, velkým rizikem při práci v nemocnici je riziko vzniku alergií a infekce.

Důsledkem velké fyzické zátěže sester se u nich objevují zdravotní problémy, jako bolesti hlavy a pohybového aparátu, křeče v lýtkách, varixy, zažívací potíže, častá nachlazení, poruchy spánkového rytmu, zhoršený zrak, podrážděnost, únava (Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M., 2004, s. 141, Drozdová, J., 2005, s. 49).

1.3 Psychická zátěž sester

Příčiny psychického zatížení sester vyplývají buď z vlastní práce sestry, nebo mají původ v osobním životě sestry.

„Psychickou zátěž je možné definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí“ (Tuček, M., 2005, s. 210).

Můžeme rozlišit tři formy psychické zátěže:

- **smyslová zátěž:** vyplývá z požadavků práce na smyslové orgány,
- **mentální zátěž:** vyplývá z nároků na psychické procesy,
- **emoční zátěž:** vyplývá ze situací, které vyvolávají afektivní odezvu (Tuček, M., 2005, s. 210).

Důsledky psychické zátěže

Psychická zátěž může mít negativní vliv na zdraví jedince. Zátěž se odráží i do tělesného zdraví a vznikají psychosomatická onemocnění. Důsledkem může být únava, psychická rozlada, tělesný diskomfort nebo negativní emoční a náladové stavy. Mezi trvalé důsledky psychické zátěže patří nespokojenost s prací a burn - out syndrom (Tuček, M., 2005, s. 211).

1.3.1 Působení psychické zátěže na sestru

- Vynucené pracovní tempo

Je charakterizováno přímou závislostí na určitých podmínkách. Znamená to, že si sestra nemůže sama volit tempo práce, ale musí se přizpůsobit rytmu jiných osob a chodu oddělení. Nevhodná je kombinace vynuceného pracovního tempa a velkého množství pracovních úkonů, což je na standardní ošetrovací jednotce běžné.

- Monotonie

Typickým znakem je opakování stále stejných úkonů. Zvláště vyskytování stále stejných podnětů nebo nedostatek podnětů. Následkem může být zhoršení pozornosti a útlum. V praxi se rozlišují dvě formy monotonie a to: monotonie pohybová (opakuje se manuální činnost) a monotonie úkolová (opakují se pracovní činnosti). Pokud zdravotní sestra pracuje na jednom oddělení několik let, tak se jí její práce může zdát stereotypní.

- Práce v časovém tlaku

Práce v časovém tlaku je psychicky zatěžující. Pokud člověk dostatečně neodpočívá, tak organismus není schopný se zregenerovat a je unavený. Vzhledem k tomu, že sestry pracují ve směnném provozu, tak je tento faktor psychické zátěže velmi výrazný.

- Riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob

Z vlastní zkušenosti vím, že práce v nemocnici s sebou nese vysoké riziko ohrožení zdraví, jednak se můžou zdravotničtí pracovníci nakazit různými nemocemi, může dojít k poranění pohybového aparátu při manipulaci s těžkými klienty nebo dokonce můžou zmatení a agresivní nemocní napadnout sestru a ublížit jí.

- **Pracovní doba, směny**

Práce ve směnných provozech je náročná fyzicky i psychicky. Dochází k narušení životního stylu a může dojít i ke zdravotním problémům, nedostatečnému odpočinku či chronické únavě (Tuček, M., 2005, s. 217).

Jiné zdroje psychické zátěže:

- vlivy narušující soustředění při práci (zvonění telefonu),
- zvýšená pracovní zodpovědnost za svěřené nemocné, praktikující studenty, hmotná zodpovědnost,
- zvýšené nároky na neustálou pozornost a přepínání pozornosti z jedné činnosti na druhou,
- pracovat bezchybně, neustále zapojovat paměť,
- uplatňovat zrakovou, čichovou, sluchovou a logickou paměť,
- velké nároky na pozitivní vlastnosti osobnosti, jako jsou pravdomluvnost, svědomitost, důslednost, optimismus, aj.,
- vlastní práce sestry může být také psychicky zatěžující (cévkování, vynášení podložních mís, mytí znečištěného nemocného, naříkání nemocných), sestra si je sice vědoma, že se nemůže takovým pracím vyhnout, ale přesto jí není provádění těchto výkonů příjemné,
- plnit všechny pokyny lékaře,
- včas připravit své klienty na vyšetření,
- nutnost sledovat příznaky chorob a změn zdravotního stavu u klientů,
- osobní starosti, rodinné problémy. Sestry by se měly v zaměstnání odpoutat od svých starostí, ale v praxi je to velmi obtížné (Tuček, M., 2005, s. 217).

Práce sestry je nesnadná, ale je v ní i hodně povzbudivých a hezkých okamžiků. Je potřeba si tyto hezké okamžiky uvědomit (Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M., 2004, s. 143).

1.4 Působení stresu na zdraví

Náročné životní situace jsou součástí života každého z nás a v profesi zdravotní sestry se vyskytují téměř denně. Odnepaměti se nad náročnými situacemi zamýšlí mnoho badatelů, které zajímá, jak se lidé chovají a jaký zvolí způsob řešení těchto situací. Chování člověka v ohrožení je pokládáno za vrozené, ale až do 20. století se nevědělo, co se děje v těle a psychice lidí, kteří řeší náročné životní situace (Křivohlavý, J., 2003, s. 166).

1.4.1 Obecné schéma adaptačního syndromu

Poznatky o stresu jsou z různých oblastí a mají povahu biologickou, fyziologickou a psychologickou. Studium stresu a fyziologických změn v organismu v náročných situacích se zabývalo již mnoho badatelů. Jedním z nich je i Ivan Petrovič Pavlov, později také americký fyziolog Walter Cannon a také Hans Selye. „*Hans Selye je považován za zakladatele tzv. kortikoidního pojetí stresu, tj. studia zvýšené funkce nadledvinek ve stresových situacích*“ (Křivohlavý, J., 2003, s. 167).

V knize Vybrané kapitoly z klinické psychologie je původní Selyeho definice stresu, podle něj stres znamená způsob, jakým organismus reaguje na zátěž. Dnes je stres definován jak situace, tak i reakce organismu na ni. „*Dle Schreiberova: Stresem se rozumí soubor reakcí organismu na vnitřní nebo zevní změny narušující normální „klidový“ chod funkcí organismu nebo dokonce ohrožující jeho existenci*“ (in Mohapl, P., 1988, s. 24).

Stejně jako zjistil Hans Selye, tak i dnes jde prokázat, že při zátěžových situacích dochází ke změnám fyziologických funkcí. Tato odpověď organismu se nazývá General adaptation syndrom – obecný adaptační syndrom, který má tři fáze.

1. Fáze je poplachová, v této fázi se organismus setkává se stresorem a mobilizuje obranné možnosti organismu. Je prokázána zvýšená funkce sympatického nervového systému, v krevním oběhu je větší množství adrenalinu, zvyšuje se krevní tlak, činnost srdce, zrychluje se dýchání.
2. Fáze je rezistence, v podstatě jde o vlastní boj organismu se stresorem. Záleží na síle stresoru a na tom, jak je organismus schopný se stresem bojovat. Při dlouhodobém stresu je patrné zhoršování stavu organismu.

3. Fáze je vyčerpání, kdy organismus podléhá boji se stresorem a hrouťí se. Selyeovo pojetí stresu je kritizováno, protože využíval ve svých výzkumech zvířata a pokud šlo o člověka, tak jeho model vykazoval určité nedostatky, Selye totiž nebral v potaz kognitivní a duševní stránku člověka (Křivohlavý, J., 2003, s. 168).

1.4.2 Nejtypičtější reakce na stres

U každého poznatku o stresu rozlišujeme tři oblasti: stresové situace, stresové reakce a určité proměnné, které jsou dané povahou organismu.

„Pro člověka nabývají zásadního významu situace psychosociálního stresu, stresová odezva ztrácí charakter stereotypie a automaticnosti, objevují se spíše individuální vzorce reagování ve srovnání s větší uniformitou reakcí živočišného světa, což ovšem nemusí znamenat, že jde vždy o reakce biologicky účelné, tj. Adaptivní“ (Mohapl, P., 1988, s. 28). Zátěžové podněty na jednu stranu vyvolají negativní emoční odezvu, ale způsob reakce záleží na kognitivním zpracování situace. Silní jedinci, kteří mají situaci pod kontrolou, nemusí reagovat typickou stresovou odpovědí (Mohapl, P., 1988, s. 28).

V knize Psychopatologie pro pomáhající profese jsou uvedeny tyto fáze reakce na stres dle amerického psychiatra R. H. Rahe, tyto fáze reakce na stres jsou obdobné jako General adaptation syndrom. Pro srovnání uvádím i fáze reakce na stres, kterou popsal R. H. Rahe.

1. Fáze uvědomění zátěže znamená prožívání situace jako stresové. Způsob, jakým vnímá člověk stresovou situaci. Záleží na zkušenostech, schopnostech a aktuálním stavu.
2. Fáze aktivace psychických obranných reakcí, například popírání reality.
3. Fáze aktivace fyziologických reakcí, ty jsou spuštěny psychickými podněty. První tři fáze následují většinou velmi rychle po sobě.
4. Fáze zvládnání – copingu. Jsou to strategie, které vedou ke zmírnění stresu.
5. Fáze prvních chorobných příznaků, jde o trvalejší obtíže.
6. Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy – psychosomatického onemocnění (Vágnerová, M., 1999, s. 34).

1.4.3 Subjektivní vyhodnocení stresové situace

Psychologický stres nejvíce rozpracoval R. S. Lazarus. Nejdůležitější je podle něj kognitivní hodnocení zátěžové situace a rozhodnutí o stresové situaci pro konkrétního člověka. Pokud se jedinec setká se stresovou situací, tak probíhá primární a sekundární hodnocení této stresové situace.

Primární hodnocení znamená, že jedinec při kontaktu s okolním světem rozděluje transakce na irelevantní, pozitivní a stresové. „*U stresových transakcí se jedná v podstatě o trojí druh: poškození eventuelně ztráta, hrozba nebo výzva*“ (Mohapl, P., 1988, s. 29). „*Primární hodnocení je v podstatě hodnocení všech negativních jevů v dané situaci*“ (Křivohlavý, J., 2002, s. 97).

Při sekundárním hodnocení se jedná o hodnocení pozitivních faktorů, subjekt si klade otázku, jak situaci zvládnout, jaké jsou možnosti uspět, anticipuje pravděpodobný vývoj situace při použití různých strategií. Mezi tyto strategie řadíme několik technik, například hledání informací, které samo o sobě může vést ke zmírnění obtíží, další strategie je přímá akce (řadíme sem únik), zabrždění akce nebo intrapsychické procesy (meditace, sebedopovzbuzení).

Ohodnocení zátěžové situace může proběhnout buď na úrovni vědomé, nebo nevědomé (intuitivní). Koncepce kognitivního zvládnání stresu zaměřuje pozornost na vlastnosti subjektu, které rozhodují o tom, jak si jedinec se stresovou situací poradí (Mohapl, P., 1988, s. 29).

1.4.4 Koncepce životních událostí a reakcí na stres

Koncepce životních událostí klade důraz na povahu situací a psychosociální stresory. „*Jako životní událost lze chápat událost každodenního života, která představuje pro člověka změnu navykého způsobu života vyžadujícího vyvinutí neobvyklé aktivity nebo přizpůsobení nové situace*“ (Mohapl, P., 1988, s. 31).

Mezi změny životních událostí patří rodinné problémy, změny v blízkém sociálním prostředí, změny ve zdravotním stavu nebo změny v povolání a to platí i u zdravotních sester.

V práci zdravotní sestry je časté, že musí řešit nepředvídatelné a nové situace, už jen proto, že každý člověk je individuální a jiný, i když má třeba stejnou diagnózu, jako ostatní nemocní na oddělení. Přesto jeho reakce na nemoc může být nepředvídatelná a sestra se s novou situací musí umět vypořádat.

Životní události jsou buď plánované, nebo neplánované. Dále je můžeme rozlišit podle toho, jestli jsou aktuální nebo jsou dlouhodobé - ty se nazývají životní problémy. Pro zjišťování životních událostí je vytvořeno velké množství škál a ke každé životní události se vztahují emoce.

Dříve bylo při zpracovávání životních událostí používáno kvantitativně – mechanické hledisko. Znamenalo to, že více událostí, které se staly během jednoho roku života, vedou k ohrožení adaptační kapacity, hrozí nebezpečí dekompenzace psychického selhání a také rozvoje psychosomatického onemocnění.

Později se začala uplatňovat hlediska zdůrazňující individuální vyrovnávání jedince se zátěžovými situacemi. Prakticky lze považovat za prokázané, že před vznikem poruchy duševního zdraví se zvyšuje četnost různých životních událostí, dále, že opakovaný výskyt jedné životní události může předcházet vzniku poruchy duševního nebo tělesného zdraví. A také, že existuje mnoho jedinců, u kterých po životních událostech nenásleduje porucha zdraví (Mohap, P., 1988, s. 31).

2 TEMPERAMENT JAKO FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁTĚŽ SESTER

Temperament zahrnuje náladu, citové ladění osobnosti, reaktivitu, aktivitu, živost prožitků a vnějších projevů. Temperamentové vlastnosti jsou převážně vrozené. Většinou se termín temperament užívá pro celou skupinu vlastností, ale tyto vlastnosti jsou relativně nezávislé, což znamená, že přítomnost jedné neznámá nutně přítomnost ani nepřítomnost druhé. (Říčan, P., 2007, s. 63)

Termín TYP vyjadřuje charakteristiku, která je podobná skupině lidí, ne všem, ale jen některým lidem, kteří mají něco společného, ale v dalších znacích se liší. Každého z nás charakterizuje především jeho individualita (jedinečnost), která s přibývajícím věkem narůstá. Dále jednota individuality a typu, tzn., že člověk je jedineční, ale zároveň má něco společného s ostatními lidmi, co je charakterizuje jako skupinu. Slovo temperament pochází z latinského temperare, což znamená mísit, směšovat. (Nakonečný, M., 2003, s. 135).

Temperamentové vlastnosti z velké části ovlivňují zvládnání zátěžových situací. Můžeme pozorovat i u zdravotních sester, že každá z nich se jinak vyrovná s pracovní zátěží, protože každá má jinou povahu, jiné osobnostní vlastnosti a zkušenosti.

2.1 Chování a typologie sester podle Hippokratovy teorie

První typologie osobnosti vznikaly už ve starověku. Podle Hippokratovy teorie osobnosti můžeme rozlišit i typologii zdravotních sester, protože temperament a povahové vlastnosti můžeme chápat jako jeden z faktorů, který ovlivňuje psychosociální profesionální zátěž sester. Hippokrates rozlišoval čtyři základní typy lidských povah podle poměru tělesných šťáv, které jsou u různých lidí individuálně namíchány, je to krev, sliz, žluč a černá žluč. Pokud u někoho převládá krev, označuje se jako sangvinik, převaha hlenu flegmatik, převaha žlučí choleric, převaha černé žluči melancholik (Říčan, P., 2007, s. 196).

Sestra s povahou sangvinika

Typický sangvinik miluje společnost, je citový, vstřícný, optimistický, má velké charisma a tím k sobě přitahuje lidi, typický je pro něj fyzický kontakt s ostatními. Je bezprostřední a umí nabídnout svoji pomoc druhým, umí komunikovat téměř s každým.

Mezi záporné vlastnosti těchto lidí patří nestálost, egocentrismus, zapomnětlivost a neumění naslouchat. Zdravotní sestry, které mají povahu sangvinika jsou komunikativní s pacienty, jsou ochotné pro nemocného všechno udělat a jsou aktivní. Jejich kladných vlastností si nemocní velmi cenní. Pokud ale sestra na něco opakovaně zapomíná a pacienta nedokáže vyslechnout, tak může vzniknout problém. Dle mého názoru tyto sestry zvládají pracovní zátěž dobře, protože jsou optimistické a s náročnou situací se rychle vypořádají.

Sestra s povahou flegmatika

Flegmatik je opakem sangvinika. Má zcela jiné povahové vlastnosti, je klidný, bezproblémový, spolehlivý, nedá se snadno vyvést z míry. Má rád přátele, ale i samotu. Myslím, že sestry, které mají tuto povahu, jsou u některých nemocných oblíbené, protože jsou nekonfliktní a umí se přizpůsobit každému člověku i každé situaci, nemají rády problémy a mají rády svůj klid. Někdy působí jako zprostředkovatelky. Flegmatické sestry jsou pro oddělení, na kterém pracují přínosem pro svoji zodpovědnost a pečlivost. Tyhle sestry mají i mnoho záporných vlastností, mezi které patří například neumění se pro cokoli nadchnout. Bojí se změn, závažných rozhodnutí, na nic nespěchají a nerady nesou za něco zodpovědnost. Zátěžové situace podle mně zvládají dobře, protože lidi s touhle povahou nic nevyvede z míry a situace řeší s ledovým klidem, jsou smířené s nástrahami života, a proto do ničeho nevkládají žádné velké naděje. Mají realistický, možná až pesimistický pohled na svět.

Sestra s povahou cholera

V nemocnici můžeme potkat i sestru, která má povahu cholera. Jako každá osobnost, tak i ona má kladné i záporné povahové vlastnosti. Kladné je, že tyto sestry se snaží za každou cenu dosáhnout svých cílů, jsou vstřícné a optimistické. Pokud sestra vidí, že něco není v pořádku, tak touží po změně, bojuje za lidská práva a za práva svých pacientů, chrání ukřivděné a to je pro pacienty „přínosem“. Tyto sestry chtějí řešit problémy, jsou cílevědomé a dobré organizátorky a rády překonávají překážky. Excelují v krizových situacích a to je pro oddělení, na kterém pracují velkým přínosem. Tyto sestry mají ale i negativní vlastnosti, neumějí moc dobře jednat s lidmi, nedokážou tolerovat slabé a nerozhodné lidi, jsou netrpělivé. Podle mě nemají nemocní k těmto sestram moc důvěru, jestliže s nimi sestry vhodně nekomunikují a jsou k nemocným netrpělivé, nepůsobí

to dobrým dojmem na pacienty. Na oddělení jsou velmi aktivní, ale jejich chování může okolí i obtěžovat, protože neumí vysadit z pracovního tempa a nutí i ostatní členy kolektivu, aby se přizpůsobili a podřídili. Tyto sestry si nepřipustí, že by se někdy mohly zmýlit a to není nejvhodnější způsob chování.

Sestra s povahou melancholika

Sestra povahy melancholika je nenáročná, tichá a má ráda samotu a to se vylučuje s prací v nemocnici. Sestry této povahy uznávají pevný řád, jsou mlčenlivé a přemýšlivé, ale také pesimistické. Nemocní ale potřebují naději a věřit, že se jejich zdravotní stav zlepší a ne pesimismus sestry. Pozitivní je, že lidé s povahou melancholika si stanovují dlouhodobé cíle a zabývají se věcmi, které mají nějaký význam. Tyto sestry jsou empatické a upřímné ke svým pacientům. Jsou také perfekcionistky a to samé vyžadují i od ostatních, kladou na své okolí nerealistické nároky. Na druhou stranu jsou tyto sestry vnitřně velmi nejisté, snadno se uráží a podléhají depresi.

Www.help24.cz [online]. 2001 [cit. 2010-03-04]. Psychologické profily. Dostupné z WWW: <<http://www.help24.cz/index.php?page=psychologicke-profilu>>.

Zde jsem uvedla typologii osobnosti zdravotních sester podle Hippokratovy teorie osobnosti.

Popsala jsem kladné i záporné vlastnosti, které každá osobnost má. Práce zdravotní sestry vyžaduje, aby vynikaly jen ty pozitivní vlastnosti. V odborné literatuře je popsáno, jaká by sestra měla být milá, chápající, tolerantní a obětavá. Důležité je tedy, aby zdravotničtí pracovníci měli ke svým klientům lidský přístup a chovali se k nim s úctou a individuálně.

Teorie podle Hippokrata je dávno překonána, ale dodnes se uvádí v učebnicích. Potvrdilo se, že temperamentové vlastnosti jsou částečně určeny tělesnými vlastnostmi. Celý systém byl přepracován a přibyly další typy osobnosti (Říčan, P., 2007, s. 196).

2.2 Osobnostní typologie zdravotní sestry ve vztahu ke zdravotnické profesi

Povolání zdravotní sestry je velmi náročné. Od sestry se očekává, že bude ovlivňovat chování nemocného, že se dokáže vypořádat se všemi problémy, které souvisí s výkonem povolání a také, že unese fyzické nároky své profese. Pro nemocné je prostředník s lékařem. S nemocnými tráví více času než lékař, má tedy možnost lépe poznat svěřené nemocné a ti ji vnímají jako člověka, který jim rozumí a chápe je (Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M., 2004, s. 78).

2.2.1 Profesionální chování zdravotní sestry

Profesionální chování je chování typické pro určité povolání. I zdravotní sestry musí dodržovat určité zásady profesionálního chování. Patří mezi ně znalost práv pacienta, kladné působení na nemocného, ovládnutí negativních emocí a upřednostnění potřeb nemocného před svými. Profesionální chování zdravotní sestry ovlivňuje několik faktorů a to: kladné vlastnosti osobnosti, vzdělání, etický kodex sestry, prestiž povolání (je určena náhledem společnosti na práci sestry), požadavky pracoviště, práva pacientů (Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M., 2004, s. 78).

Součástí profesionálního chování zdravotní sestry je i určitá dávka altruismu, což je schopnost pomáhat druhým. Práce přináší uspokojení, sestry si posilují sebevědomí, sebehodnocení, mají úctu k sobě samým, pocit potřebnosti či smyslu života. Znamená to také, že člověk neočekává velké finanční ohodnocení, ale práci dělá, protože má k výkonu profese silnou motivaci (Drozdová, R., 2005, s. 51).

2.2.2 Typologie chování zdravotní sestry

Podle postavení a postojů v práci a vztahu nemocných můžeme rozlišovat několik typů sester:

Rutinní – tato sestra je přesná, konkrétní, věcná, takové vlastnosti jsou pozitivní, ale pokud se sestra odpoutá od lidského přístupu, dělá práci rutinně a třeba nevhodně komunikuje s nemocným, není to dobrý způsob chování a může to nasvědčovat i příznakům syndromu vyhoření.

Herecky afektovaná – snaží se udělat dojem, získat si přízeň, uznání.

Nervozní – neklidná, podrážděná, trpí nejistotou. Taková sestra má zřejmě nízkou míru frustrační tolerance, a jestli se ocitne v zátěžové situaci, tak znejistí a hůř se se zátěží vypořádá.

Mužský typ – sestra je energická, rozhodná, dobrá organizátorka a má racionální myšlení. Podle popsanych příznaků je sestra vůdčí typ a se zátěží se vypořádá snadno a rychle.

Mateřský typ – milá, přátelská, chápající. Jestliže všechny zátěžové situace prožívá tak, jako by se jí osobně týkaly, může být zvládnutí stresu pro ni velmi náročné (Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J., 2007, s. 68).

2.2.3 Neadaptivní chování zdravotních sester

Vzhledem k tomu, že i sestry mohou ve svém povolání procházet mnohými svízelnými situacemi, mohou být jejich projevy nálady i chování určitým způsobem negativně ovlivněny. Hovoříme pak o neadaptivních povahových projevech.

Sestry náladové – chování je závislé na situaci, kterou právě prožívají. Mívají zde znatelné odchylky od vyrovnaného jednání buď v pozitivním, nebo negativním směru.

Sestry psychastenické – nemají rády změny v zaběhnutém systému, v nečekaných situacích selhávají, ale při pravidelné práci s nemocným jsou trpělivé.

Schyzotymní sestry – vystupují jako odbornice, nemají snahu chápat nemocného se všemi jeho problémy. V práci si vytvářejí vlastní systém.

Sestry citově chladné – hledají své uplatnění v různých odbornostech a specializacích. U lůžka nemocného nenacházejí uspokojení.

Sestry podezřivé – problémy kolem sebe převádějí na svou osobu, jsou nedůvěřivé, zranitelné. Cítí se ukřivděně, vyvolávají konflikty a jsou málo oblíbené.

Sestry přecitlivělé – velmi zranitelné, citlivé, příliš empatické.

Sestry hysterické – umí strhnout zájem, umí nadchnout, rády hrají důležitou roli směrem k nemocným.

Sestry popudlivé – zdroj problémů každého oddělení. Jsou zlostné, výbušné, těžce se ovládají (Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J., 2007, s. 68).

2.3 Osobnostní charakteristiky, které hrají roli při zvládnání stresu

Při studiu psychologie osobnosti se můžeme seznámit s velkou řadou osobnostních charakteristik. Na jedné straně jsou charakteristiky, které pomáhají zdravotním sestřám zvládat stresové situace a na straně druhé jsou ty, které člověka uvádějí do ještě těžší situace. Jde především o níže popsané osobnostní charakteristiky (Křivohlavý, J., 2003, s. 70).

Rozdíly v přístupu k těžkostem

Toto pojetí vychází z toho, jak se člověk staví k problémům a těžkostem. Jsou dva typy chování, na jedné straně jsou lidé, kteří vycházejí z vlastních schopností a dovedností a z vlastní iniciativy, jsou to tzv. lidé s interním *locus of control* (LOC). Na druhé straně jsou lidé, kteří se domnívají, že daná situace se vyřeší sama, iniciativa nevychází z nich samých, jsou to lidé s externím LOC. Julian Rotter, který tuto teorii vypracoval, ve své práci v roce 1966 uvádí, že někde mezi těmito dvěma dimenzemi se nachází každý z nás (Křivohlavý, J., 2003, s. 70).

Nezdolnost v pojetí resilience (tento termín znamená pružnost, houževnatost, schopnost rychle se vzpamatovat).

Nezdolnost je takzvaně „nedat se a bojovat s těžkostí“. Lidé, kteří zvládají náročné životní situace, jsou ti, kteří mají schopnost autonomie a umí požádat o pomoc v těžké životní situaci, mají svoje záliby, věří ve své schopnosti, jsou emocionálně citlivější a mají vysokou míru sebehodnocení. Studie ukázaly, že resilience v jedné oblasti automaticky neznamena nezdolnost v jiných směrech (Křivohlavý, J., 2003, s. 71).

Nezdolnost v pojetí koherence

Koherence je smysl pro integritu, soudružnost osobnosti, soudružnost skupiny lidí, vnitřní skloubenost. Opakem koherence je nesoudružnost skupiny lidí a nepevnost osobnosti. Člověk, který má pevnou vnitřní koherenci a žije v pevné soudružné skupině, lépe zvládá těžké životní situace (Křivohlavý, J., 2003, s. 72).

Srozumitelnost

„Jde o způsob chápání světa (věcí i lidí) jako toho, co je logicky pochopitelné“ (Křivohlavý, J., 2003, s. 73). Kladný pól: osoba vidí celkový obraz světa, nejen určitý výsledek, chápe hodnoty, vidí určitý řád a pořádek, na který spoléhá a věří mu. Negativní

pól: osoba vidí svět jako chaos, nevidí žádný řád, žádná pravidla hry, nic není spolehlivé, těžko se orientuje, charakteristická je složitost a nepřehlednost (Křivohlavý, J., 2003, s. 73).

Smysluplnost

„Smysluplnost je motivační zaměření dané osoby k jejímu životnímu cíli. S ohledem na to, oč dané osobě jde, je situace, do které se dostala, buď smysluplná, nebo nesmyslná“ (Křivohlavý, J., 2003, s. 73). Kladný pól: člověk je přesvědčen, že situace, do které se dostal, má smysl. Stojí mu za to, aby se angažoval v dané situaci, aby investoval čas a energii, věří, že bude moci projevit svou iniciativu a očekává ohodnocení a uznání. Negativní pól: charakteristická je citová neangažovanost na tom, co se děje, člověk je izolovaný (Křivohlavý, J., 2003, s. 73).

Zvládnutelnost

„Jde o percepci možností, které má daná osoba k dispozici ke zvládnutí požadavků na ni kladených“ (Křivohlavý, J., 2003, s. 74). Kladný pól: základem je povědomí o vlastních možnostech a silách, jde o důvěru toho, že danou situaci vyřešíme. Záporný pól: bezvýhodnost situace, jedinci jsou úzkostní, mají strach, obavy, jsou depresivní (Křivohlavý, J., 2003, s. 74).

Nezdolnost v pojetí hardiness

Dojem dané osoby, že je schopen řídit a kontrolovat dění ve kterém se pohybuje, další charakteristika je oddanost, což je ztotožnění s tím, co člověk dělá a poslední charakteristika je chápání těžkých situací jako výzev k boji. *„Lidé, kteří dosahují vyšších hodnot v dimenzi tvrdosti (hardiness), lépe zvládají např. zdravotní těžkosti po operacích srdce, jsou tělesně i psychicky zdravější, lépe se o sebe starají, používají častěji účinnější a aktivnější strategií řešení problémů než strategií vyhýbání se těžkostem, častěji vyhledávají a využívají sociální opory“* (Křivohlavý, J., 2003, s. 75).

Vnímaná osobní zdatnost (self-efficacy)

Jedná se o subjektivní vnímání, jestli je schopen člověk kontrolovat dění v němž se nachází. Jedná se o představu, že je člověk schopen kontrolovat své chování a psychické stavy. Tato charakteristika je dobrým obranným faktorem proti stresu.

Smysluplnost života a smysl pro humor

Lidé, kteří mají smysl pro humor, kteří v něco věří a mají pro co žít, lépe zvládají těžké životní situace. Tyto osoby jsou spokojenější, mají vyšší kvalitu života a vyšší míru osobního štěstí. Jestliže se dostanou do těžké životní situace, tak se jim dostane vyšší míra sociální opory a lépe se vyrovnávají s problémy.

Kladné sebehodnocení

Tento termín znamená schopnost vidět sebe sama tak, jak vidíme druhého člověka, popsat se a ohodnotit se. Sebehodnocení je umožněno tím, že jsme schopni se podívat na sebe s odstupem. Výsledky sebehodnocení a sociálního srovnání nám mohou být oporou při zvládání životních těžkostí.

Svědomitost

Svědomití lidé žijí v průměru déle, osvojují si zdravější způsoby života a lépe zvládají problémy, se kterými se setkávají (Křivohlavý, J., 2003, s. 78).

3 NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE A ZPŮSOBY VYROVNÁNÍ SE S NIMI

Na společenské prostředí člověka neustále působí nejrůznější vlivy, kdy dochází k narušení sociálního systému. Pro některé osoby může být již samotná orientaci v sociálním prostoru zátěžovou situací. Práce sestry klade nároky na zaujetí socioprofesionální role a také klade požadavky na střídání více profesních rolí během života. Sestra musí neustále řešit a zvládat životní problémy, rychle se rozhodovat, řešit situace pro ni nejasné, nové. Pro člověka je většinou náročné to, na co mu chybí dostatek sil nebo jiných vnitřních předpokladů nebo je to vliv vnějších okolností (Řezáč, J., 1998, s. 135).

Sestry nejčastěji prožívají v zátěžové situaci pocity zlosti a lítosti. Zátěžová situace je pro sestru vnitřně neřešitelná, protože sestra svoje pocity verbálně neventiluje. Zátěžovou situaci zpracuje jako únik a vykonává práci mlčky, zkrátí přítomnost v zátěžové situaci na minimum. Tento způsob sebeobrany není vhodný, především v situaci, kdy sestra pečuje o umírající pacienty (Jobánková, M., Kvapilová, J., 2007, s. 18).

3.1 Rozdělení náročných životních situací

- nečitelná situace, kdy se jedinec nemůže v dané situaci vyznat a chybí mu určitý náhled,
- neřešitelná situace znamená, že jedinec tu situaci chápe, ale nedokáže ji vyřešit,
- neovládutelná situace je taková, že jedinec má náhled, ví, jak by se dala situace vyřešit, ale chybí mu prostředky k jejímu vyřešení (vnitřní nebo vnější),
- ohrožující situace znamená ohrožení jedince,
- neovlivnitelná situace, kdy jedinec vnímá situaci, kterou nemůže ovlivnit jako stresovou. Pokud si jedinec myslí, že může situaci ovlivnit, není pro něj tak stresující,
- nepředvídatelné situace je pro jedince stresující. Protože jedinec nemůže určité události předvídat a připravit se na jejich zvládnutí. Lidé jsou stresováni z nevědomosti,

- problémové situace mají dvě stránky a to objektivní a subjektivní. Objektivní znamená vyjádření skutečné reálné situace a subjektivní stránka je to, jak to prožívá daný jedinec. V problémových situacích je vždy třeba rozlišit stav skutečnosti (ten je objektivně rozporný a vyžaduje změnu), představu o problému a stav člověka (uvědomění si potřeby aktivního zásahu do situace), tento stav většinou vyjadřujeme: „mám problém“, „tak to už dál nepůjde“. *„Řešení problémové situace má etapovitou povahu a probíhá v opakujících se cyklech“* (Řezáč, J., 1998, s. 135). Pokud člověk prožívá problémovou situaci, tak pociťuje určité napětí, postupně diagnostikuje problémovou situaci a vytváří si představu o řešení,
- stresující situace jsou velmi podobné, jako frustrační situace. V prožívání stresových situací dominuje pocit tíže nebo tlaku. Existují zde faktory, které stěžují cestu k cíli. Tyto stresory vyvolávají prožitek zátěže a změny na úrovni fyziologické, psychické, emocionální, kognitivní a i v oblasti chování,
- konfliktní situace je taktéž zátěžovou situací. *„Obecně můžeme definovat konflikt jako střetnutí dvou nebo více navzájem neslučitelných tendencí, sil, které vyvolávají prožitek napětí a zároveň tendenci toto napětí redukovat“* (Řezáč, J., 1998, s. 150). Konfliktní situace nastává, pokud se střetává vnější a vnitřní faktory. Například střetnutí nějaké situace vyžadující od jedince určité chování s vědomím jedince (Řezáč, J., 1998, s. 134).

3.1.1 Frustrace jako situace a prožitek

Frustrace je označení dvou situací a to frustrace jako situace a frustrace jako vnitřní prožitek.

Pojem frustrační situace znamená, že jedinec je motivovaný k určitému cíli, ale k dosažení mu brání překážka. Člověku není umožněno uspokojit nějakou potřebu, tato situace vyvolává zklamání. *„Pozitivní očekávání při jejím vzniku hraje důležitou roli. Pokud člověk nic dobrého nečeká, nebývá zklamán. Lidé často říkají „raději se nebudu těšit, aby se to nepokazilo“. Omezené očekávání je jednou z obranných reakcí“* (Vágnerová, M., 1999, s. 32).

Frustrace bývá překonávána odložením problému nebo změnou motivu. Frustrace je častá varianta zátěže, která může být dobrou zkušeností, protože nutí člověka hledat jiné řešení

a tím rozvíjet jeho schopnosti. Zdroje frustrace můžou být jak vnější, což jsou například neočekávané překážky nebo vnitřní zdroje, například vlastní zábrany nebo nízké sebehodnocení (Řezáč, J., 1998, s. 137).

Frustrační prožitek je subjektivní. Podle povahy prožitku se odvíjí reakce jedince na situaci (subjektivní interpretace situace). „*Subjektivní kognitivní zpracování situace je vždy ovlivněno emocemi, ale též vytvořenými postoji a návyky, charakterem, motivy. Důležitý je vliv zkušenosti a sociálního učení*“ (Řezáč, J., 1998, s. 137).

Frustrační tolerance

Pojem frustrační tolerance zavedl do psychologie americký psycholog Saul Rosenzweig a označuje jím odolnost, otužilost jedince vůči frustraci. Frustrační tolerance, resp. její úroveň je do značné míry rovněž produktem předchozích zátěžových situací, především těch, jimiž jedince prošel v dětství“ (Řezáč, J., 1998, s. 137).

Osoby s nízkou frustrační tolerancí jsou nejčastěji ty, které v dětství nebyly vystavovány přiměřenému blokování svých potřeb. Při určitém stupni zátěže se utváří frustrační tolerance a odolnost jedince, proto je důležité individuálně a přiměřeně zatěžovat jedince již v dětství.

Pro člověka je určitá míra frustrace prospěšná, ale je problém definovat přiměřenost zátěže ke vztahu ke konkrétnímu jedinci. Existuje určitá přiměřenost sociálních podmínek, ale jsou zde i určité požadavky: podporující klima skupiny a partnerů, klidné vedení, jasně formulované kritéria, vyjádřený smysl činností (Řezáč, J., 1988, s. 137).

Frustrační tolerance je důležitý faktor, který ovlivňuje psychosociální zátěž sester. Jestliže má sestra nízkou míru frustrační tolerance, tak se hůře vyrovnává s pracovní zátěží, snadno podléhá stresu, je citlivější a náchylnější ke vzniku syndromu vyhoření. Pokud má sestra vysokou míru frustrační tolerance, můžeme to chápat, že dobře odolává stresovým situacím.

3.1.2 Mobbing jako faktor pracovní nespokojenosti

Mobbing znamená psychické týrání v zaměstnání. Rozumíme tím každé zneužívající chování – gesta, slova, činy. Mobbing vede k poškození osobnosti, snížení důstojnosti člověka a ohrožuje místo jedince v práci a znehodnocuje pracovní klima. Mobbing je definován jako „psychoteror“. Lidé, kteří jsou šikanováni, jsou častěji nemocní, snižuje se kvalita jejich práce a často se u nich objevuje syndrom vyhoření. Na mobbingu je nejhorší, že agresor je stále více agresivní a šikanovaná oběť je více depresivní. Mobbing se může vyskytovat v kterémkoliv pracovním kolektivu, taktéž jej lze očekávat i v nemocnici na ošetrovacích jednotkách.

Mobbing se může vyskytovat jednak mezi kolegy navzájem, protože mezi nimi může panovat osobní nepřátelství. Podřízení můžou napadat nadřízeného, což je vzácné. Anebo nadřízený napadá podřízeného, což je častější. Nadřízení snadno zneužívají moci a zadávají svým podřízeným i nepřiměřené úkoly (Sýkorová, A., 2005, s. 16).

3.1.3 Reakce na zátěžové situace

Coping je vyrovnávací, zvládací strategie. „To cope“ je anglicky vyrovnávat se s něčím, jde o chování, kterým zvládáme určité požadavky prostředí. Jsou to určité vyrovnávací postupy, zvládáme jím náročné životní situace. Mnozí lidé zvládají zátěžové situace velmi efektivně, ale pokud je coping neúčinný, tak se můžou objevit chorobné příznaky. Někteří autoři považují coping jako řešení problémů a jiní autoři považují za coping zlepšení emoční bilance, tedy jak je problém prožívání (Baštecká, B., Goldman, P., s. 167, 2002).

Každý člověk reaguje na zátěžové situace jiným způsobem. Nejčastější reakce jsou:

Agrese

Agrese může být důsledkem frustrace. Pro agresivní chování je typický destruktivní účinek na sebe sama nebo okolí, jeho poslání je trestat. Určitým typem agrese je tzv. skrytá agrese, ta je odvrácena dovnitř a projevuje se svými důsledky, například psychogenními nebo somatickými změnami. Jedná se o určitý rezervoár napětí, který nemusí aktuálně vyvolat reakci.

Projekce

Jiná reakce na zátěžovou situaci je projekce, což je promítání psychických jevů do činností, aktivit, nebo stavů a to buď vlastních, nebo do chování jiných lidí.

Racionalizace

Další reakcí může být racionalizace, kterou můžeme definovat jako využití rozumu k odstranění vnitřního napětí nebo konfliktu. Pokud nemůžeme změnit situaci, tak změníme její hodnocení a pohled na ni. A pokud se chováme pro nás nepřijatelným způsobem, tak svoje chování učiním přijatelným tím, že si ho rozumově zdůvodníme.

Sublimace

Sublimace je další reakce na zátěž, projevuje se tendencí nahradit cíl sociálně schváleným chováním v přehnané, idealizované neúměrné podobě.

Potlačení

Potlačení je tendence vytěsnit a odmítnout nezvládnutelné situace a prožitky. Člověk se snaží zapomenout, postupně se mu podaří určité prožitky vytěsnit ze svého aktuálního vědomí.

Kompenzace

Kompenzace je další reakce na zátěž, jde o to, že cíl, kterého nelze dosáhnout, je nahrazen jiným blízkým cílem. Většinou ale tento cíl má menší hodnotu než původní cíl a tak se často kompenzace sdružuje s racionalizací.

Únik

Únik je pokus uniknout realitě, buď do světa fantazie, pomocí drog nebo do fiktivního světa.

Identifikace

Jiným typem reakce na zátěžovou situaci je identifikace, při které jde o ztotožnění s nějakou osobou a společné zvládnání zátěže.

Regrese

Regrese je návrat k nižšímu vývojovému stupni, objevují se vzorce chování, které byly typické pro nižší stupeň vývoje (Řezáč, J., 1998, s. 143).

3.2 Charakteristika syndromu vyhoření – burnout

Pojem burnout zavedl do psychologie H. J. Freudenberger a od té doby je syndrom vyhoření jedním z nejkoumanějších oblastí při studiu dopadu pracovního stresu na psychiku jedince. Syndrom vyhoření byl už mnohokrát různě definován, ale současně převládá názor, že syndrom vyhoření je psychický stav vyčerpání, který vzniká v důsledku chronických stresových pracovních podmínek.

Syndrom vyhoření se objevuje u profesí, které jsou pracovně náročné, u profesí, kdy dochází k intenzivnímu kontaktu s lidmi a u profesí, které jsou neadekvátně ohodnoceny. Do této kategorie spadá i profese zdravotní sestry (Bartošíková, I., 2006, s. 20).

Hlavním problémem syndromu vyhoření u zdravotních sester je velký rozpor role. *„Sociálně daná role a očekávaná – často až narcistická „fasáda“, která je orientovaná na vysoký a strnulý ideál JÁ. Toto JÁ říká, že JÁ umím a za všech okolností musím jiným pomáhat. Všichni se na mne mohou spolehnout, protože vzniklou situaci umím účinně vyřešit. Proti tomuto stojí mé vlastní, skrývané a utajované neuspokojené potřeby v pracovním a často i v soukromém životě. Vlastní slabost a potřebnost pomoci je navenek potlačována, opomíjena a zastírána“* (Drozdová, R., 2005, s. 51).

Protože sestry velmi často pracují ve směnném provozu, dochází ke změně rolí – manželky, matky. Velmi často je narušen režim rodiny, vyskytují se problémy ve výchově dětí, problémy s partnerem, neshody, netolerance, nespokojenost v rodinném životě (Drozdová, R., 2005, s. 51).

Syndrom vyhoření vzniká u lidí, kteří se dlouhodobě zabývají emociálně náročnými situacemi. Objevuje se u tzv. „pomáhajících profesí“ při práci s lidmi. Příčiny syndromu vyhoření jsou jednak zátěž a jednak je to důsledek selhání osobnostních copingových mechanismů.

Při vzniku syndromu vyhoření se kombinují subjektivní příčiny i objektivní podmínky. Subjektivní příčina je velké očekávání sestry při nástupu do zaměstnání a objektivní podmínkou jsou vysoké nároky na práci. K vyhoření jedince – sestry vede neustálé úsilí něčeho dosáhnout, ale výsledný efekt je neadekvátně nízký.

V důsledku syndromu vyhoření vzniká deformace osobnosti a snižuje se kvalita poskytovaných služeb (Bartošíková, I., 2006, s. 20).

4 PACIENT A NEMOC, JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

Jak už bylo řečeno, podstatou ošetrovatelství je umění zdravotnických pracovníků rozpoznat a uspokojovat potřeby nemocných. Sestra je ta, který tráví s pacientem nejvíce času. Lékař je sice ten, který rozhoduje o léčbě pacienta, ale sestra provádí všechny ošetrovatelské úkony a je s nemocným v kontaktu celý den, počínaje při ranní hygieně, rozdávání léků, plní ordinace od vizity, podává nemocnému stravu a aktivně vyhledává potřeby svých klientů a uspokojuje je.

Protože sestra tráví s klienty nejvíce času, tak nejlépe ví, že každý nemocný je jiný. I když má pacient stejnou diagnózu, jako ostatní nemocní, tak jeho chování může být zcela individuální. Komunikace s nemocným, jeho chování a jednání může být jeden z faktorů psychosociální zátěže sestry. Podívejme se proto na psychiku nemocných, co prožívají a jaké jsou jejich reakce a potřeby v nemoci.

Každému z nás jde o to být zdravý a živý. Pokud se ovšem stane, že situace se změní a stane se pro člověka nepříjemná – stane se pacientem, snaží se situaci změnit různými způsoby, chce se uzdravit. Psychologie nemocného se nezabývá objektivní stránkou nemoci, ale zabývá se kognitivní - subjektivní stránkou nemoci, to znamená vnitřním prožíváním nemocného člověka. Zdravotničtí odborníci mají jiný pohled na nemoc než laik – pacient. V knize Psychologie nemoci je uvedena práce Laua (1995), který zjistil šest dimenzí pohledu laika na nemoc. Jsou to:

- „*emocionální stránka nemoci – např. bolí mne to, jsem skleslý,*
- *existence určitých příznaků – např. zčervenání kůže, zvracení, nespavost,*
- *pojmenování nemoci – např. mám žloutenku, rakovinu, infarkt,*
- *představa o tom, jaké budou následky změněného zdravotního stavu – např. nebudu smět jíst sladké, budu muset nemoc vyležet,*
- *představa doby léčení – např. budu muset tři dny zůstat v posteli, budu chodit o holi,*
- *představa zhoršeného zdravotního stavu – např. budu práce neschopen, budu asi dlouho nemocen“* (in Křivohlavý, J., 2002, s. 20).

4.1 Postoj pacienta k nemoci

Každé onemocnění ovlivňuje chování a projevy člověka. Lidé bývají náladoví, mrzutí, plačtiví nebo neklidní. Postoj nemocného k nemoci může být rozdílný, důležitou roli hraje i profesionální přístup k nemocným, také informovanost nemocných o léčbě, prognóze. Dále chování nemocného ovlivňuje sociální podpora rodiny, léčebná a ošetrovatelská péče a průběh onemocnění (Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J., 2007, s. 20).

Autoplastický obraz nemoci je subjektivní prožívání nemoci, je podmíněn mnoha okolnostmi, jako jsou objektivní povaha onemocnění, prostředí, v němž se nemoc rozvíjí, osobnost nemocného, sociální postavení nemocného, atd. autoplastický obraz nemoci má složku sensitivní (vnímání bolesti), emoční (strach, úzkost), volní (úsilí odolat nemoci) a racionální (informace o nemoci) (Mohapl, P., 1988, s. 41).

Postoj pacienta k nemoci může být:

Normální: nemocný je přiměřeně adaptován, odpovídá skutečnému zdravotnímu stavu.

Další postoje je patologické a to:

Bagatelizující postoj, kdy nemocný podceňuje chorobu, neléčí se a nedodržuje doporučení lékařů, nemocný přeceňuje svoje možnosti nebo podceňuje svoje zdraví, ale často má strach, který skrývá za svým chováním.

Repudiační postoj znamená zapuzení nemoci, nemocný nejde k lékaři, nebere na vědomí, že je nemocný, potlačuje myšlenky o nemoci.

Disimulační postoj je ten, že nemocný záměrně zkresluje svoje problémy, popírá je, nesprávně informuje lékaře. Důvodem bývá strach o ztrátu zaměstnání.

Nozofobní postoj charakterizujeme jako nepřiměřenou obavu z nemoci, nemocný se nechává opakovaně vyšetřovat, přeceňuje svoje obtíže, má strach z nevyléčitelných chorob, neustále se mu vnucují obavy o své zdraví.

Hypochondrický postoj: nemocný si myslí, že trpí vážnou nemocí, podléhá svým potížím, nebojuje s nimi a drobné problémy prožívá velmi zaujatě.

Nozofilní postoj, který je spojen s uspokojením a příjemnými stránkami nemoci, nemocný nemusí chodit do práce, do školy, neplní si povinnosti, je o něj pečováno a berou se na něj ohledy.

Účelový postoj je vystupňování nozofilního stavu, nemocný může uniknout z nepříjemné situace, je na něj brán soucit, ohled, získá určité hodnoty, může probíhat u lehčích i těžších onemocnění. (Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J., 2007, s. 20)

4.2 Psychosociální potřeby pacienta v zátěžových situacích

Nemoc je pro člověka zátěžovou situací, pacienti nejsou schopni snášet zátěž, nejsou tak odolní, jako když jsou zdraví. Také potřeby nemocného člověka můžou být narušeny nebo ohroženy.

Z psychických potřeb, které bývají v nemoci často narušeny, je to například **potřeba jistoty a bezpečí**, nejvíce ohroženy jsou hospitalizované děti bez matky. Nemocní prožívají nepříjemné zákroky bez citové podpory blízkých intenzivněji a nepříjemněji, hospitalizovaným pacientům chybí informace o rodině, o dětech, zejména pokud nejsou povoleny návštěvy. Pokud nemůže být nemocný s rodinou v kontaktu, měla by sestra vyřídít vzkaz a ujistit nemocného, že se na něj rodina ptá a že je doma všechno v pořádku (Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J., 2007, s. 24).

Potřeba stimulace a nových zkušeností. Tato potřeba se většinou při zhoršení fyzického stavu snižuje. Některé intenzivní podněty mohou nemocného rušit a vyčerpávat. Nemocný člověk nemá dost energie a pro to nemá ani velkou potřebu změny a nových podnětů, preferuje stereotyp. Hospitalizovaní pacienti můžou být podnětově deprivováni, protože ani omezená stimulace není dostatečně uspokojena. Nemocní žijí během hospitalizace ve stereotypu.

Potřeba orientovat se ve své situaci. Nemocní se potřebují orientovat, chtějí znát svůj zdravotní stav, chtějí vědět, co bude následovat, jaké jsou možnosti a prognóza jejich nemoci. Pokud nemocný nechápe smysl lékařských výkonů, tak od něj nemůžeme očekávat spolupráci. Jestliže se nemocný dobře orientuje v situaci a má dostatek informací o nemoci, snižuje se riziko konfliktů a adaptačního selhání.

Potřeba seberealizace. Tato potřeba se mění pod vlivem onemocnění, její uspokojení je v nemoci obtížnější. Nemocný se některých svých ambic vzdává, ví, že jsou nedostupné a jsou pro něj důležitější jiné věci. Nemocný přijímá svoji roli – nemocného, má privilegia a nemá povinnosti.

Potřeba otevřené budoucnosti – pozitivní prognózy. Vážně nemocný člověk musí slevovat ze svých původních představ, protože jeho choroba není vyléčitelná a budoucnost je nepříznivá. Nepříznivě na nemocného působí nedostatečná informovanost a nejistota.

Potřeba sociálního kontaktu. Při kontaktu nemocných lidí se zdravými jim chybí společná témata, protože životní situace nemocných je odlišná. Nemocní o takové sociální kontakty moc nestojí, setkávají se jen s rodinou, zdravotníky a ostatními pacienty (Vágnerová, M., 1999, s. 71).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

V empirické části bakalářské práce jsem využila metodu dotazníkového šetření. Jedná se o kvantitativní šetření, kde je úkolem popsat typ závislosti mezi proměnnými. Používá se velký soubor respondentů. Využívá se reduktivní zkoumání, což znamená zkoumání pouze oddělené části celku (Bártlová, S., 2005, s. 14).

Metoda dotazníkového šetření se mi zdá velmi výhodná, protože za krátkou dobu lze získat velké množství dat. Dotazník byl určen pro zdravotní sestry a byl anonymní.

5.1 Organizace šetření

Šetření o psychosociální profesionální zátěži zdravotních sester a pracovních podmínkách jsem prováděla ve dvou nemocnicích – v nemocnici krajského typu a nemocnici okresního typu. Dotazník jsem rozdala sestřím na standardní chirurgické a interní oddělení. Pro svoji práci jsem chtěla využít minimálně 100 respondentů, 50 z chirurgického oddělení a 50 z interního oddělení. Dotazníků jsem rozdala 130, protože jsem nepředpokládala 100 % návratnost. Vrátilo se mi 118 vyplněných dotazníků a z toho jsem musela 4 neúplně vyplněné dotazníky vyřadit.

Šetření jsem tedy prováděla ze 114 správně vyplněných dotazníků, což je 87, 8 % z celkového počtu rozdaných dotazníků. Sběr dat jsem prováděla v únoru 2010.

5.2 Charakteristika položek v dotazníkovém šetření

Dotazník obsahoval 29 otázek.

Otázky 1. – 6. jsou identifikační znaky respondentů.

Otázky 7. – 28. se vztahují k cíli č. 2.

Otázka č. 29. se vztahuje k cíli č. 3.

Dotazník se skládal z uzavřených, polouzavřených a filtračních otázek.

Uzavřené otázky: 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 11., 12., 17., 18., 19., 21., 23., 24., 25., 26., 29.

Polouzavřené otázky: 13., 14., 20., 28.

Filtrační otázky: 10., 15., 16., 22., 27.

5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkové šetření jsem prováděla u zdravotních sester pracujících na standardním chirurgickém a standardním interním oddělení. První část dotazníku obsahovala obecné otázky, jako je věk sester, rodinný stav sester, dosažené vzdělání ve zdravotnictví, délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe na lůžkové ošetrovací jednotce.

Výsledky týkající se popisu zkoumaného vzorku respondentů jsou zaznamenány v tabulce č. 1 – Charakteristika výzkumného souboru.

n – absolutní četnost

% - relativní četnost

Věk sester

Ve věku do 25 let pracuje 41 sester (35,96 %), z toho 20 sester (35,09 %) na chirurgii a 21 sester (36,84 %) na interně. Ve věku 26 – 35 let pracuje 33 sester (28,95 %), z toho 16 sester (28,07 %) na chirurgii a 17 sester (29,82 %) na interně. Ve věku 36 – 40 let pracuje 13 sester (11,40 %), z toho 8 sester (14,04 %) pracuje na chirurgii a 5 sester (8,77 %) pracuje na interně. Ve věku 41 – 50 let pracuje 17 sester (14,91 %), z toho 8 sester (14,04 %) na chirurgii a 9 sester (15,79 %) na interně. Ve věku nad 51 let pracuje 10 sester (8,77 %), z toho 5 sester (8,77 %) na chirurgii a 5 sester (8,77 %) na interně.

Rodinný stav sester

Svobodných sester pracuje 44 (38,60 %), z toho 22 sester (38,60 %) na chirurgii a 22 sester (38,60 %) na interně. Vdaných sester pracuje 43 (37,72 %), z toho 21 sester (36,84 %) na chirurgii a 22 sester (38,60 %) na interně. Rozvedených sester pracuje 8 (7,02 %), z toho 5 sester (8,77 %) na chirurgii a 3 sestry (5,26 %) na interně. Sester žijících s partnerem pracuje 18 (15,79 %), z toho 9 sester (15,79 %) pracuje na chirurgii a 9 sester (15,79 %) na interně. Na obou oddělení pracuje pouze 1 vdova (0,88 %) a to na interním oddělení.

Vzdělání sester ve zdravotnictví

Střední zdravotnickou školu má vystudovanou 90 sester (78,95 %), z toho 44 sester (77,19 %) na chirurgii a 46 sester (80,70 %) na interně. Vyšší zdravotnickou školu má vystudovanou 11 sester (9,65 %), z toho 6 sester (10,53 %) na chirurgii a 5 sester (8,77 %) na interně. Vysokou školu – bakalářský obor má vystudovanou 12 sester (10,53 %), z toho 7 sester (12,28 %) na chirurgii a 5 sester (8,77 %) na interně. Vysokou školu – magisterský obor má vystudovaná 1 sestra (0,88 %), která pracuje na interně.

Délka praxe ve zdravotnictví

Sester s praxí 5 let a méně pracuje 48 (42,11 %), z toho 25 sester (43,86 %) na chirurgii a 23 sester (40,35 %) na interně. Sester s praxí 6 – 10 let pracuje 21 (18,42 %), z toho 10 sester (17,54 %) na chirurgii a 11 sester (19,30 %) na interně. Sester s praxí 11 – 20 let pracuje 23 (20,18 %), z toho 12 sester (21,05 %) na chirurgii a 11 sester (19,30 %) na interně. Sester s praxí 21 let a více pracuje celkem 22 (19,30 %), z toho 10 sester (17,54 %) na chirurgii a 12 sester (21,05 %) na interně.

Délka práce na lůžkové ošetrovací jednotce

Sester s praxí 5 let a méně pracuje 54 (47,37 %), z toho 29 sester (50,88 %) na chirurgii a 25 sester (43,86 %) na interně. Sester s praxí 6 – 10 let pracuje 19 (16,67 %), z toho 9 sester (15,79 %) na chirurgii a 10 sester (17,54 %) na interně. Sester s praxí 11 – 20 let pracuje 24 (21,05 %), z toho 12 sester (21,05 %) na chirurgii a 12 sester (21,05 %) na interně. Sester s praxí 21 let a více pracuje celkem 17 (14,91 %), z toho 7 sester (12,28 %) na chirurgii a 10 sester (17,54 %) na interně.

Oddělení

Šetření o psychosociální profesionální zátěži jsem provedla celkem u 114 zdravotních sester. Z toho pracuje 57 sester na chirurgii a 57 sester na interně.

6 CÍLE PRÁCE

Cíle pro teoretickou část:

1. Vydefinovat a vymežit faktory psychosociální profesionální zátěže sester.
2. Popsat osobnostní typologii sester ve vztahu ke zdravotnické profesi.
3. Zmapovat psychosociální potřeby klinicky nemocných v zátěžové situaci.

Cíle pro praktickou část:

4. Provést šetření o pracovní psychosociální zátěži sester.
5. Analyzovat získané informace a porovnat psychosociální zátěž sester na standardním chirurgickém a interním oddělení.
6. Analyzovat pracovní podmínky sester v nemocnici „A“ a nemocnici „B“.

7 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Otázka č. 1 – 6 „Charakteristika výzkumného souboru“

Tabulka č. 1 – Charakteristika výzkumného souboru

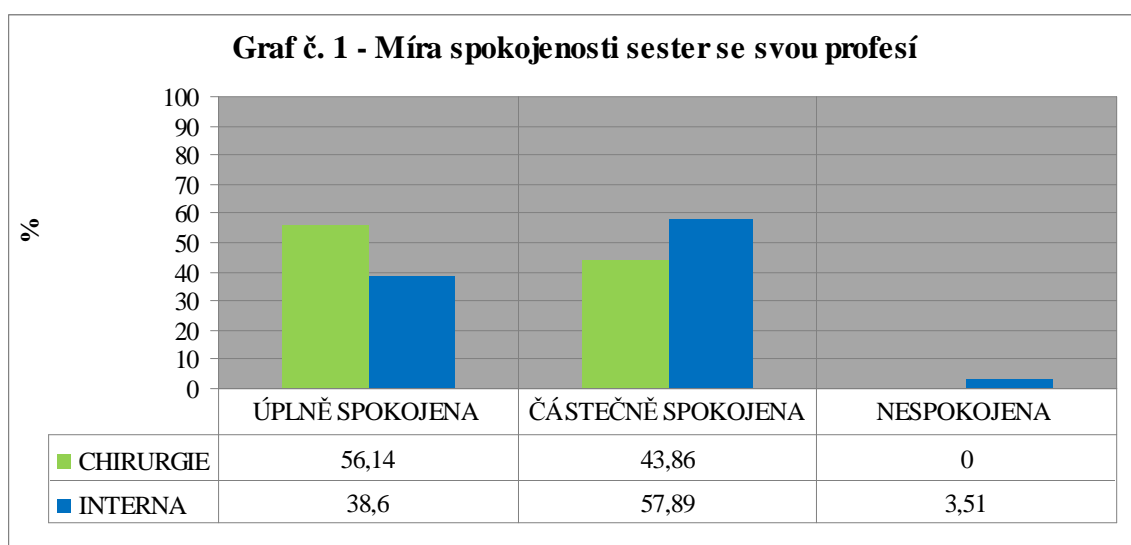
Otázka č. 1	Chirurgie		Interna		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
25 let a méně	20	35,09 %	21	36,84 %	41	35,96 %
26 – 35 let	16	28,07 %	17	29,82 %	33	28,95 %
36 – 40 let	8	14,04 %	5	8,77 %	13	11,40 %
41 – 50 let	8	14,04 %	9	15,79 %	17	14,91 %
51 let a více	5	8,77 %	5	8,77 %	10	8,77 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %
Otázka č. 2	n	%	n	%	n	%
Svobodná	22	38,60 %	22	38,60 %	44	38,60 %
Vdaná	21	36,84 %	22	38,60 %	43	37,72 %
Rozvedená	5	8,77 %	3	5,26 %	8	7,02 %
Žijící s partnerem	9	15,79 %	9	15,79 %	18	15,79 %
Vdova	0	0,00 %	1	1,75 %	1	0,88 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %
Otázka č. 3	n	%	n	%	n	%
SZŠ	44	77,19 %	46	80,70 %	90	78,95 %
VOŠ	6	10,53 %	5	8,77 %	11	9,65 %
VŠ – Bc.	7	12,28 %	5	8,77 %	12	10,53 %
VŠ – Mgr.	0	0,00 %	1	1,75 %	1	0,88 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %
Otázka č. 4	n	%	n	%	n	%
5 let a méně	25	43,86 %	23	40,35 %	48	42,11 %
6 – 10 let	10	17,54 %	11	19,30 %	21	18,42 %
11 – 20 let	12	21,05 %	11	19,30 %	23	20,18 %
21 let a více	10	17,54 %	12	21,05 %	22	19,30 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %
Otázka č. 5	n	%	n	%	n	%
5 let a méně	29	50,88 %	25	43,86 %	54	47,37 %
6 – 10 let	9	15,79 %	10	17,54 %	19	16,67 %
11 – 20 let	12	21,05 %	12	21,05 %	24	21,05 %
21 let a více	7	12,28 %	10	17,54 %	17	14,91 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

Popisky dat – viz. kapitola 5. 3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Otázka č. 7 – „S profesí zdravotní sestry jste?“

Tabulka č. 2 – Míra spokojenosti seter se svou profesí

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Úplně spokojena	32	56,14 %	22	38,60 %	54	47,37 %
Částečně	25	43,86 %	33	57,89 %	58	50,88 %
Nejsem spokojena	0	0,00 %	2	3,51 %	2	1,75 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

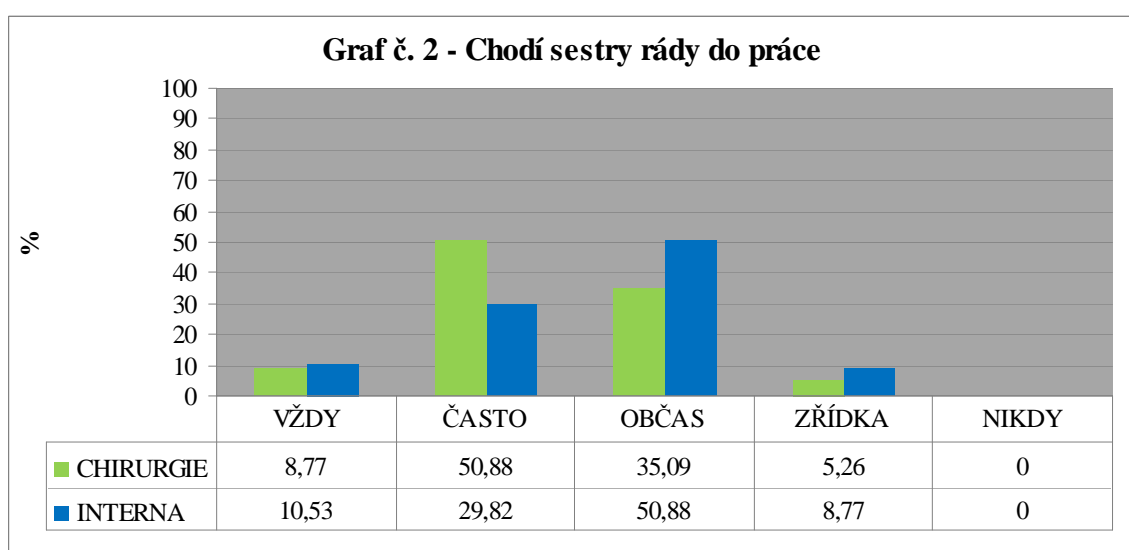


Spokojenost sester se svou profesí: Úplnou spokojenost se svou profesí uvádí 54 sester (47,37 %), z toho 32 sester (56,14 %) na chirurgii a 22 sester (38,60 %) na interně. Částečnou spokojenost se svou profesí uvádí 58 sester (50,88 %), z toho 25 sester (43,86 %) na chirurgii a 33 sester (57,89 %) na interně. Nespokojeny se svou profesí jsou 2 sestry (1,75 %), z toho na chirurgii žádná sestra (0,00 %) a na interně jsou se svou profesí nespokojeny 2 sestry (3,51 %).

Otázka č. 8 – „Těšíte se do práce?“

Tabulka č. 3 – Chodí sestry rády do práce

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Vždy	5	8,77 %	6	10,53 %	11	9,65 %
Často	29	50,88 %	17	29,82 %	46	40,35 %
Občas	20	35,09 %	29	50,88 %	49	42,98 %
Zřídka	3	5,26 %	5	8,77 %	8	7,02 %
Nikdy	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

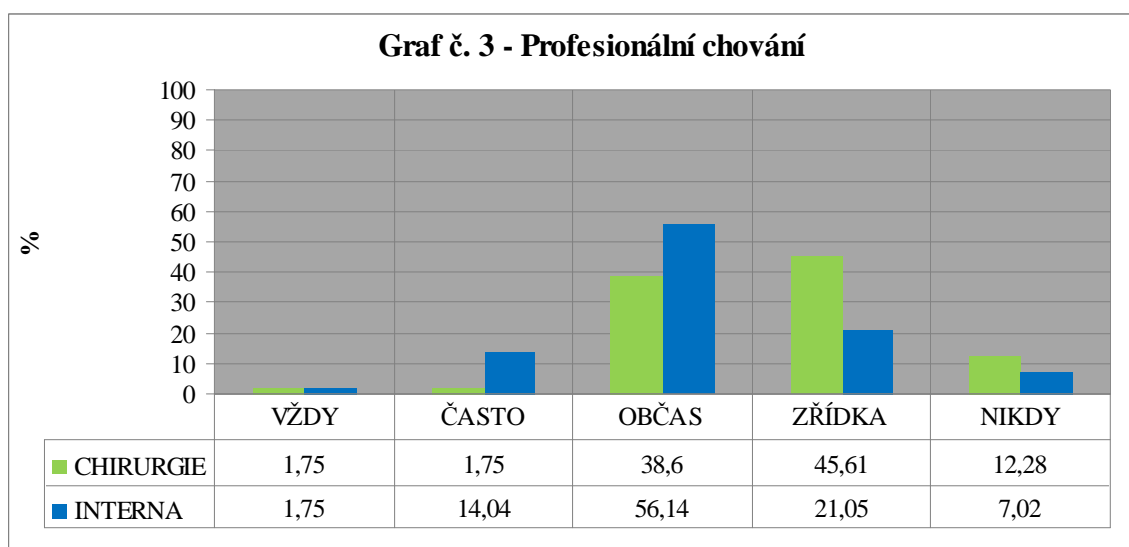


Na otázku, jestli se sestry těší do práce, odpovídaly sestry takto: Do práce se těší vždy 11 sester (9,65 %), z toho na chirurgii 5 sester (8,77 %) a na interně 6 sester (10,53 %). Do práce se těší často 46 sester (40,35 %), z toho na chirurgii 29 sester (50,88 %) a na interně 17 sester (29,82 %). Do práce se těší občas 49 sester (42,98 %), z toho na chirurgii 20 sester (35,09 %) a na interně 29 sester (50,88 %). Zřídka se těší do práce 8 sester (7,02 %), z toho na chirurgii 3 sestry (5,26 %) a na interně 5 sester (8,77 %). Ani 1 sestra (0,00 %) neuvédla, že se do práce netěší nikdy.

Otázka č. 9 – „Unavuje Vás při práci chovat se za každé situace profesionálně (být milá a empatická)?“

Tabulka č. 4 – Profesionální chování

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Vždy	1	1,75 %	1	1,75 %	2	1,75 %
Často	1	1,75 %	8	14,04 %	9	7,89 %
Občas	22	38,60 %	32	56,14 %	54	47,37 %
Zřídka	26	45,61 %	12	21,05 %	38	33,33 %
Nikdy	7	12,28 %	4	7,02 %	11	9,65 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

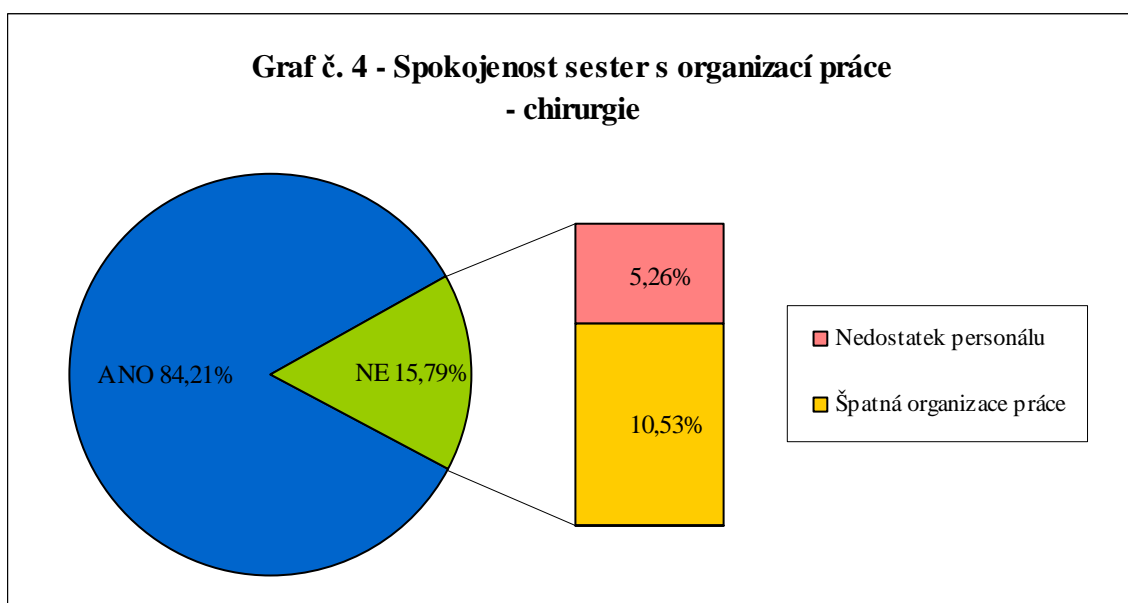


Profesionální chování unavuje vždy 2 sestry (1,75 %), z toho 1 sestru (1,75 %) na chirurgii a 1 sestru (1,75 %) na interně. Často unavuje 9 sester (7,89 %) chovat se profesionálně, z toho 1 sestru (1,75%) na chirurgii a 8 sester (14,04 %) na interně. Občas unavuje profesionální chování 54 sester (47,37 %), z toho 22 sester (38,60 %) na chirurgii a 32 sester (56,14 %) na interně. Zřídka unavuje profesionální chování 38 sester (33,33 %), z toho 26 sester (45,61 %) na chirurgii a 12 sester (21,05 %) na interně. Nikdy neunavuje 11 sester (9,65 %) chovat se profesionálně, z toho 7 sester (12,28 %) na chirurgii a 4 sestry (7,02 %) na interně.

Otázka č. 10 – „Jste spokojená s organizací práce na Vaší ošetrovací jednotce? Pokud odpovíte NE, napište důvod, proč nejste spokojena.“

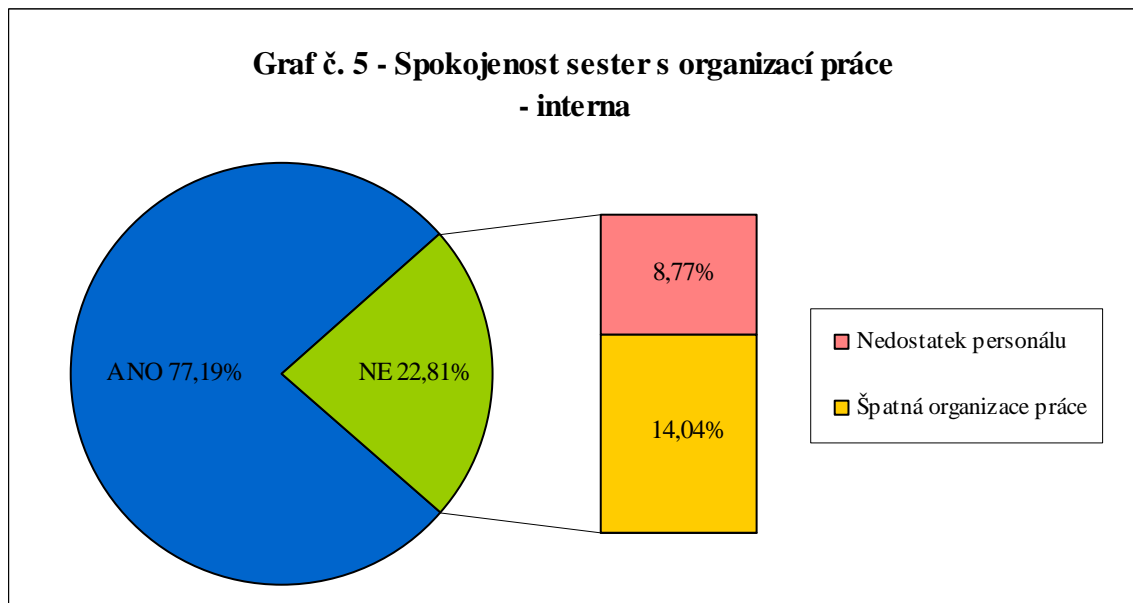
Tabulka č. 5 – Spokojenost sester s organizací práce

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ano	48	84,21 %	44	77,19 %	92	80,70 %
Ne	9	15,79 %	13	22,81 %	22	19,30 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %
Proč nespokojena?	n	%	n	%	n	%
Nedost. personálu	3	5,26 %	5	8,77 %	8	7,01 %
Špatná org. práce	6	10,53 %	8	14,04 %	14	12,29 %
CELKEM	9	15,79 %	13	22,81 %	22	19,30 %



Na otázku spokojenosti sester s organizací práce na ošetrovacích jednotkách odpovědělo 92 sester (80,70 %), že jsou spokojeny s organizací práce a 22 sester (19,30 %) není spokojena s organizací práce. Na chirurgii je spokojeno 48 sester (84,21 %) a není spokojeno 9 sester (15,79 %).

Na chirurgii uvádí 3 sestry (5,26 %) jako důvod pracovní nespokojenosti nedostatek personálu a 6 sester (10,53 %) uvádí jako důvod pracovní neposkojenosti špatnou organizaci práce, jako třeba přijímání K/P v den operace, sestry provádí práci místo pomocného ošetrovatelského personálu a tím pádem nemají čas na plnění svých úkolů.



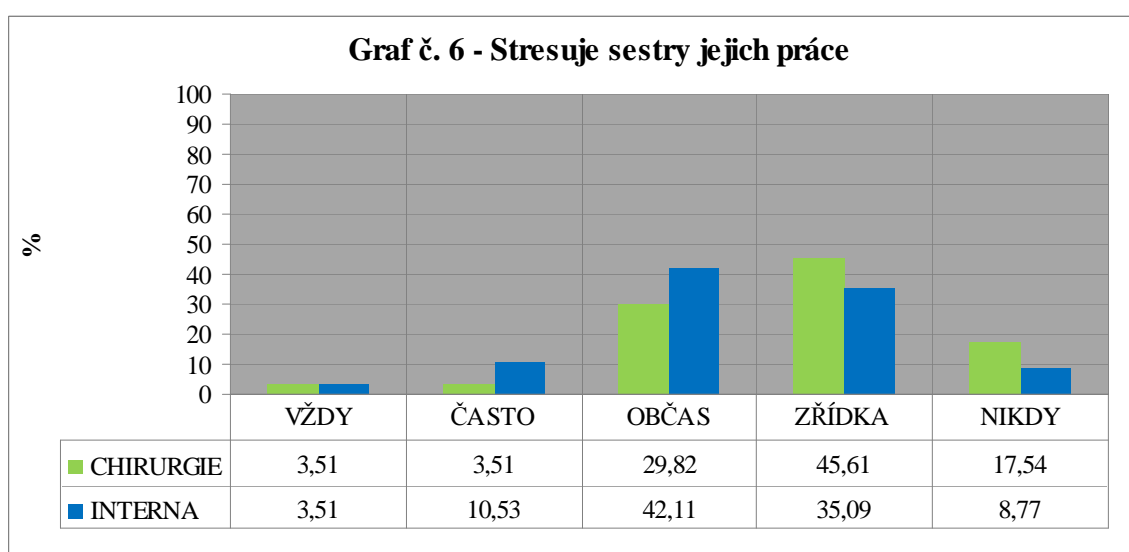
Na interně je spokojeno s organizací práce 44 sester (77,19 %) a není spokojeno 13 sester (22,81 %).

Na interně uvádí 5 sester (8,77 %) jako důvod pracovní nespokojenosti nedostatek personálu a 8 sester (14,04 %) uvádí jako důvod pracovní nespokojenosti špatnou organizaci práce, kterou blíže nespecifikovaly.

Otázka č. 11 – „Stresuje Vás myšlenka, že musíte druhý den do práce?“

Tabulka č. 6 – Stresuje sestry jejich práce

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interná		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Vždy	2	3,51 %	2	3,51 %	4	3,51 %
Často	2	3,51 %	6	10,53 %	8	7,02 %
Občas	17	29,82 %	24	42,11 %	41	35,96 %
Zřídka	26	45,61 %	20	35,09 %	46	40,35 %
Nikdy	10	17,54 %	5	8,77 %	15	13,16 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

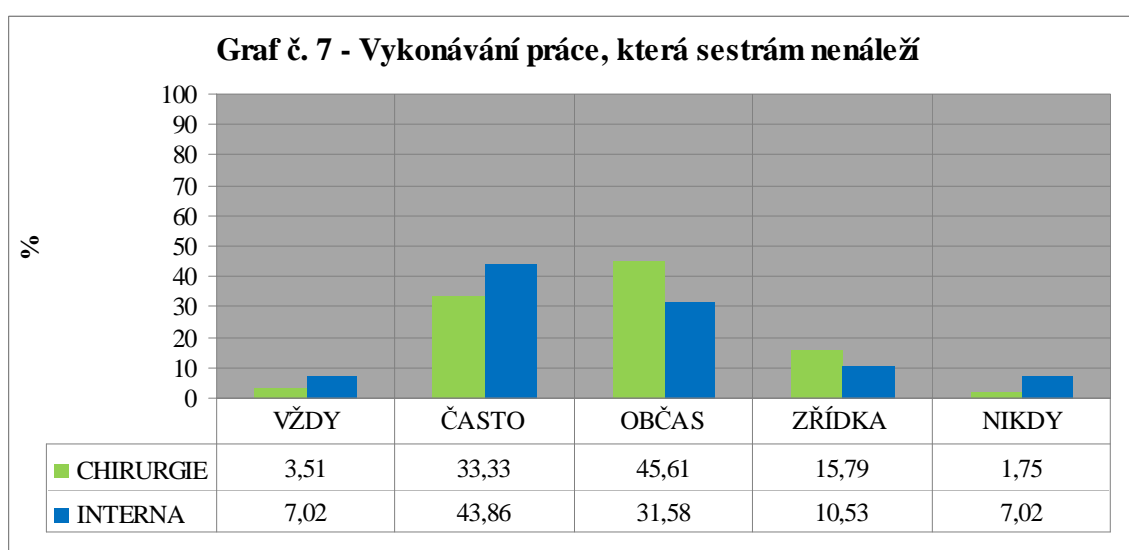


Na otázku, jestli stresuje sestry jejich práce, odpovídaly sestry takto: 4 sestry (3,51 %) stresuje myšlenka jejich práce vždy, z toho 2 sestry (3,51 %) na chirurgii a 2 sestry na interně (3,51 %). Často stresuje 8 sester (7,02 %) myšlenka na práci, z toho 2 sestry (3,51 %) na chirurgii a 6 sester (10,53 %) na interně. Občas stresuje myšlenka na práci 41 sester (35,96 %), z toho 17 sester (29,82 %) na chirurgii a 24 sester (42,11 %) na interně. Zřídka stresuje myšlenka práce 46 sester (40,35 %), z toho 26 sester (45,61 %) na chirurgii a 20 sester (35,09 %) na interně. Myšlenka práce nestresuje nikdy 15 sester (13,16 %), z toho 10 sester (17,54 %) na chirurgii a 5 sester (8,77 %) na interně.

Otázka č. 12 – „Vykonáváte na Vašem oddělení práce, které sestřám nenáleží?“

Tabulka č. 7 – Vykonávání práce, která sestřám nenáleží

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Vždy	2	3,51 %	4	7,02 %	6	6,90 %
Často	19	33,33 %	25	43,86 %	44	37,93 %
Občas	26	45,61 %	18	31,58 %	44	37,93 %
Zřídka	9	15,79 %	6	10,53 %	15	12,93 %
Nikdy	1	1,75 %	4	7,02 %	5	4,31 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %



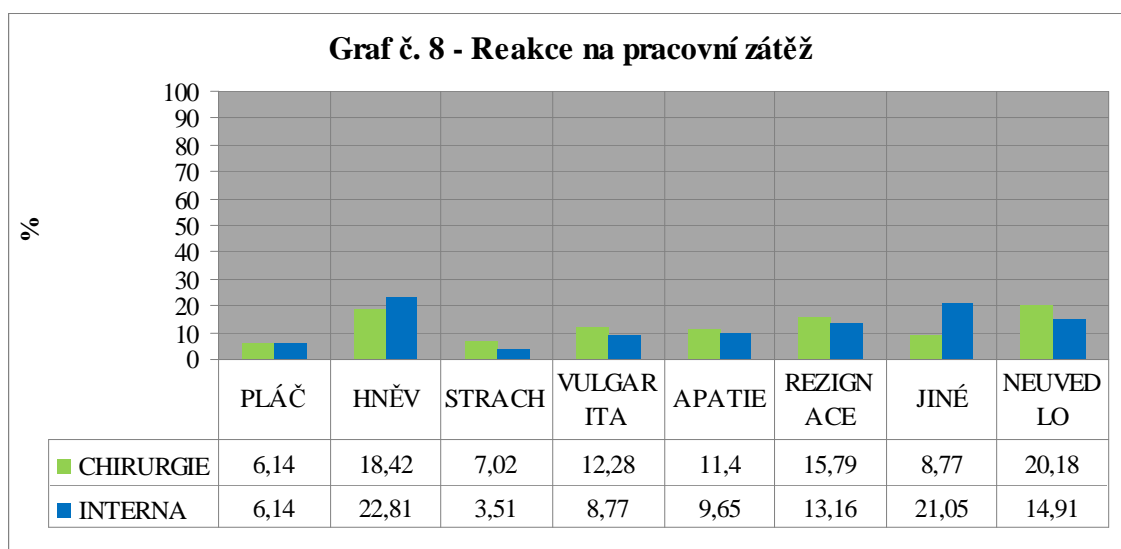
Vykonávání práce, která nenáleží sestřám. 6 sester (6,90 %) odpovědělo, že vždy vykonává práce, která jim nenáleží, z toho 2 sestry na chirurgii (3,51 %) a 4 sestry na interně (7,02 %). Často vykonává práce, která jim nenáleží 44 sester (37,93 %), z toho pracuje 19 sester (33,33 %) na chirurgii a 25 sester (43,86 %) na interně. Občas vykonává práce, které jim nenáleží 44 sester (37,93 %), z toho 26 sester (45,61 %) na chirurgii a 18 sester (31,58 %) na interně. Zřídka vykonává práce, která jim nenáleží 15 sester (12,93 %), z toho 9 sester (15,79 %) na chirurgii a 6 sester (10,53 %) na interně. Práce, které jim nenáleží, nevykonává nikdy 5 sester (4,31 %), z toho je 1 sestra (1,75 %) na chirurgii a 4 sestry (7,02 %) na interně.

Otázka č. 13 – „Co ve Vás vyvolává zvýšená pracovní zátěž?“ (2)

Tabulka č. 8 – Reakce na pracovní zátěž

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interná		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Pláč	7	6,14 %	7	6,14 %	14	6,14 %
Hněv	21	18,42 %	26	22,81 %	47	20,62 %
Strach	8	7,02 %	4	3,51 %	12	5,26 %
Vulgarita	14	12,28 %	10	8,77 %	24	10,53 %
Apatie	13	11,4 %	11	9,65 %	24	10,53 %
Rezignace	18	15,79 %	15	13,16 %	33	14,47 %
Jiné	10	8,77 %	24	21,05 %	34	14,91 %
Neuvedlo	23	20,18 %	17	14,91 %	40	17,54 %
CELKEM	114	100 %	114	100 %	228	100 %

Zde je uvedena četnost odpovědí, nikoliv počet respondentů.



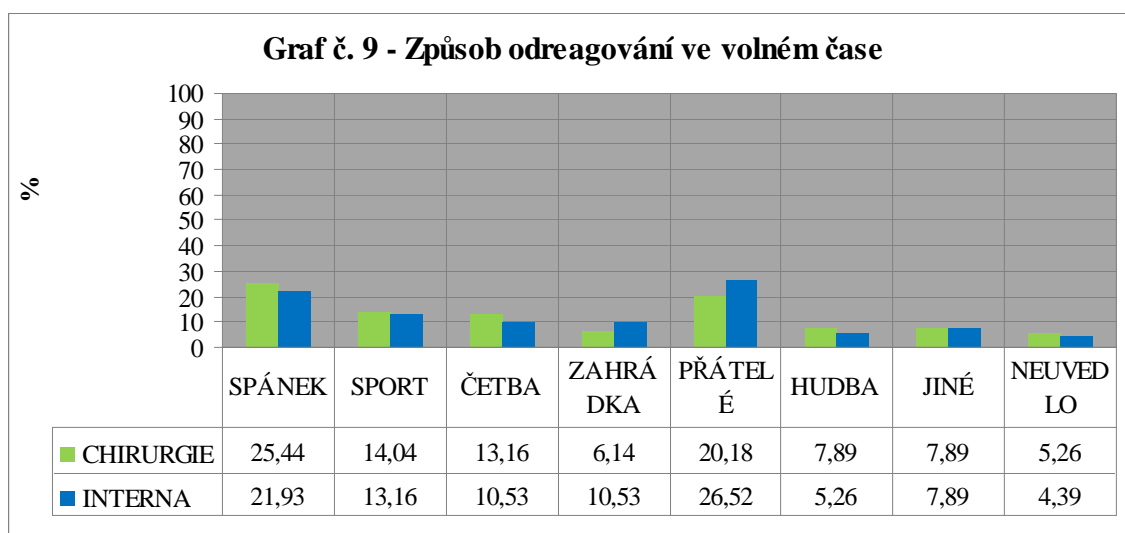
Jako reakci na pracovní zátěž uvádí 14 sester (6,14 %) pláč, z toho 7 sester (6,14 %) na chirurgii a 7 sester (6,14 %) na interně. 47 sester (20,62 %) uvádí hněv, z toho 21 sester (18,42 %) na chirurgii a 26 sester (22,81 %) na interně. 12 sester (5,26 %) uvádí strach, z toho 8 sester (7,02 %) na chirurgii a 4 sestry (3,51 %) na interně. 24 sester (10,53 %) uvádí vulgaritu, z toho 14 sester (12,28 %) na chirurgii a 10 sester (8,77 %) na interně. 24 sester (10,53 %) reaguje apatií, z toho 13 sester (11,4 %) na chirurgii a 11 sester (9,65 %) na interně. 33 sester (14,47 %) reaguje na zátěž rezignací, z toho 18 sester (15,79 %) na chirurgii a 15 sester (13,16 %) na interně. 34 sester (14,91 %) uvedlo jiné odpovědi, jako například: nervozita, zlost, únik, aj.

Otázka č. 14 – „Jakým způsobem se odreagujete ve volném čase?“ (2)

Tabulka č. 9 – Způsob odreagování ve volném čase

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Spánek	29	25,44 %	25	21,93 %	54	23,68 %
Sport	16	14,04 %	15	13,16 %	31	13,60 %
Četba	15	13,16 %	12	10,53 %	27	11,84 %
Zahrádka	7	6,14 %	12	10,53 %	19	8,34 %
Setkání s přáteli	22	20,18 %	30	26,52 %	52	23,35 %
Poslech hudby	9	7,89 %	6	5,26 %	15	6,57 %
Jiné	9	7,89 %	9	7,89 %	18	7,85 %
Neuvedlo	6	5,26 %	5	4,39 %	11	4,83 %
CELKEM	114	100 %	114	100 %	228	100 %

Zde je uvedena četnost odpovědí, nikoliv počet respondentů.



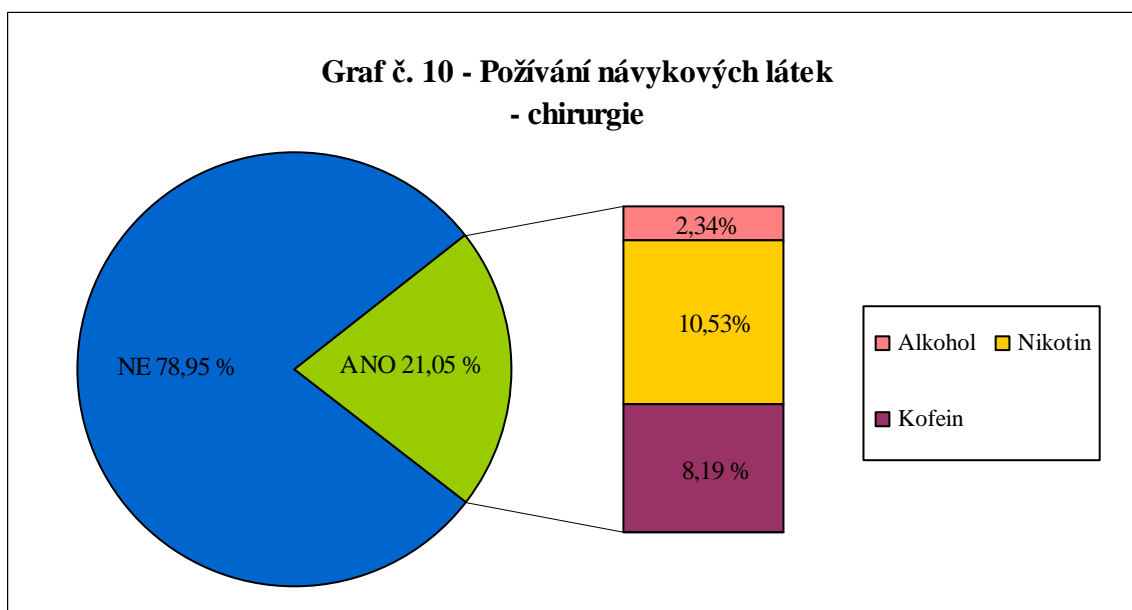
54 sester (23,68 %) se ve volném čase odreagovává spánkem, z toho 29 sester (25,44 %) na chirurgii a 25 sester (21,93 %) na interně. 31 sester (13,60 %) se odreagovává ve volném čase při sportu, z toho 16 sester (14,04 %) na chirurgii a 15 sester (13,16 %) na interně. 27 sester (11,84 %) odpočívá při čtení, z toho 15 sester (13,16 %) na chirurgii a 12 sester (10,53 %) na interně. 19 sester (8,34 %) odpočívá prací na zahrádce, z toho 7 sester (6,14 %) na chirurgii a 12 sester (10,53 %) na interně. 52 sester (23,35 %) nejvíce odpočívá při setkání s přáteli, z toho 22 sester (20,18 %) na chirurgii a 30 sester (26,52 %) na interně. 15 sester (6,57 %) odpočívá při poslechu hudby, z toho 9 sester (7,89 %) na chirurgii a 6 sester (5,26 %) na interně. 18 sester (7,85 %) uvádí jiné způsoby odpočinku, jako jsou: péče o květiny, práce na PC, ruční práce, péče o děti a příroda.

Otázka č. 15 – „Pomáhá Vám při zvládnání zátěžových situací požívání návykových látek? Pokud odpovíte ano, vyberte, jaké látky užíváte.“ (Lze vybrat i více odpovědí)

Tabulka č. 10 – Požívání návykových látek

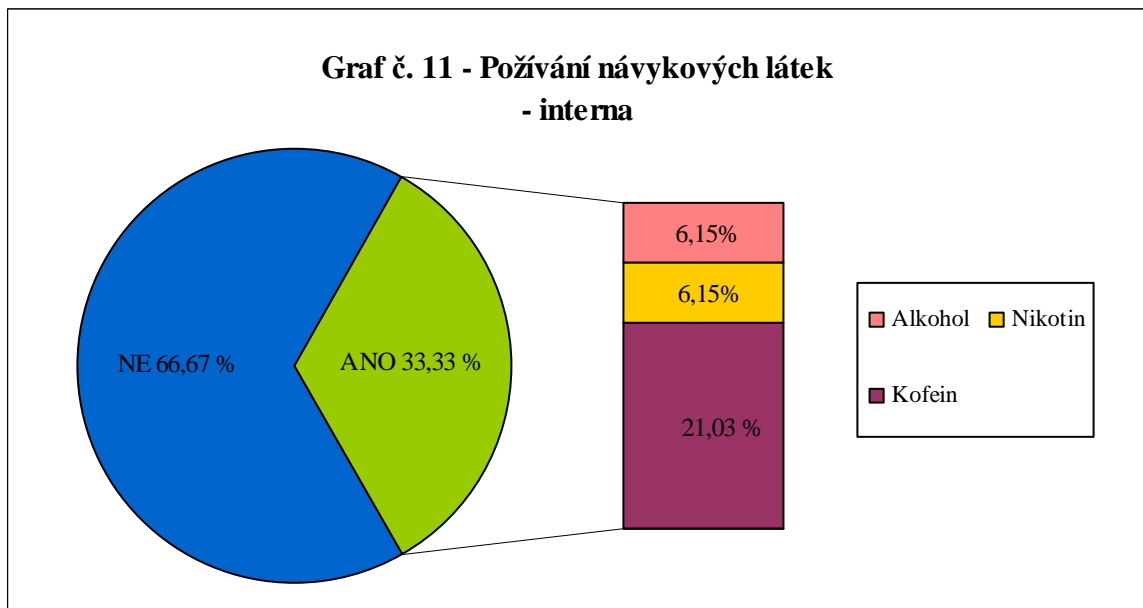
Výběrové možnosti	Chirurgie		Interná		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ne	45	78,95 %	38	66,67 %	83	72,81 %
Ano	12	21,05 %	19	33,33 %	31	27,19 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %
Jaké návyk. látky?	n	%	n	%	n	%
Alkohol	2	2,34 %	5	6,15 %	7	4,2 %
Nikotin	9	10,53 %	5	6,15 %	14	8,4 %
Kofein	7	8,19 %	17	21,03 %	24	14,4 %
CELKEM	18	21,05 %	27	33,33 %	45	27,19 %

Zde je uvedena četnost odpovědí, nikoliv počet respondentů.



31 sester (27,19 %) uvedlo, že při zvládnání zátěžových situací požívají návykové látky a 83 sester (72,81 %) uvedlo, že návykové látky při zvládnání zátěžových situací neužívají. Na chirurgii užívá návykové látky 12 sester (21,05 %) a 45 sester (78,95 %) návykové látky neužívá.

Návykové látky, které sestry na chirurgii uvedly jsou: Alkohol užívají 2 sestry (2,34 %), nikotin užívá 9 sester (10,53 %) a kofein užívá 7 sester (8,19 %).



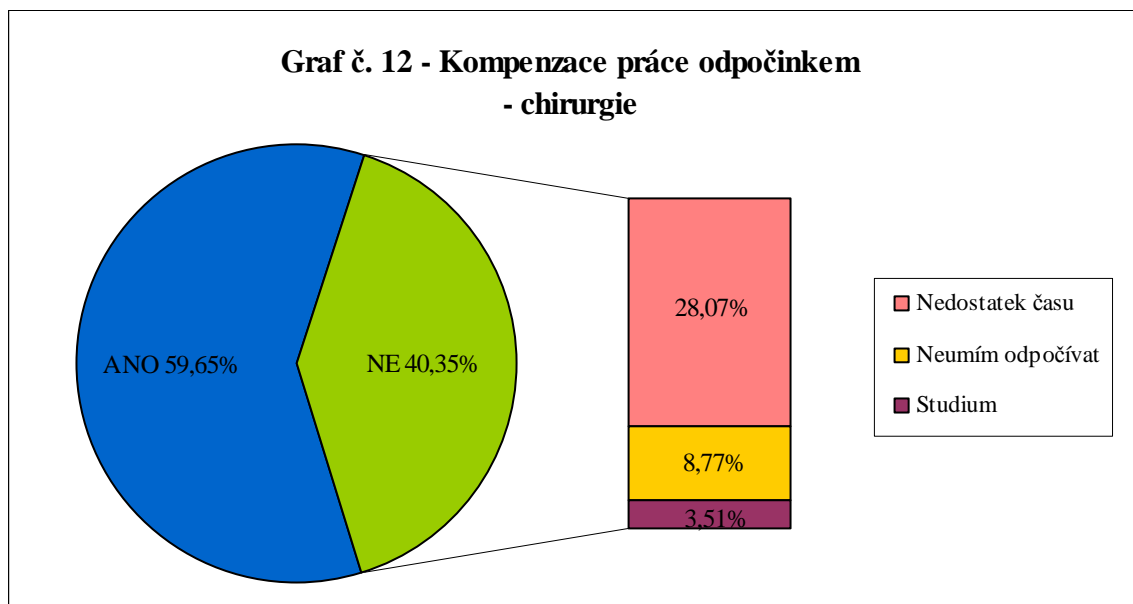
Na interně užívá návykové látky 19 sester (33,33 %) a 38 sester (66,67 %) návykové látky neužívá.

Návykové látky, které sestry na interně uvedly jsou: Alkohol užívá 5 sester (6,15 %), nikotin užívá 5 sester (6,15 %) a kofein uvedlo 17 sester (21,03 %).

Otázka č. 16 – „Daří se Vám kompenzovat intenzivní práci dostatečným odpočinkem?
Pokud odpovíte NE, uveďte důvod nedostatečného odpočinku.“

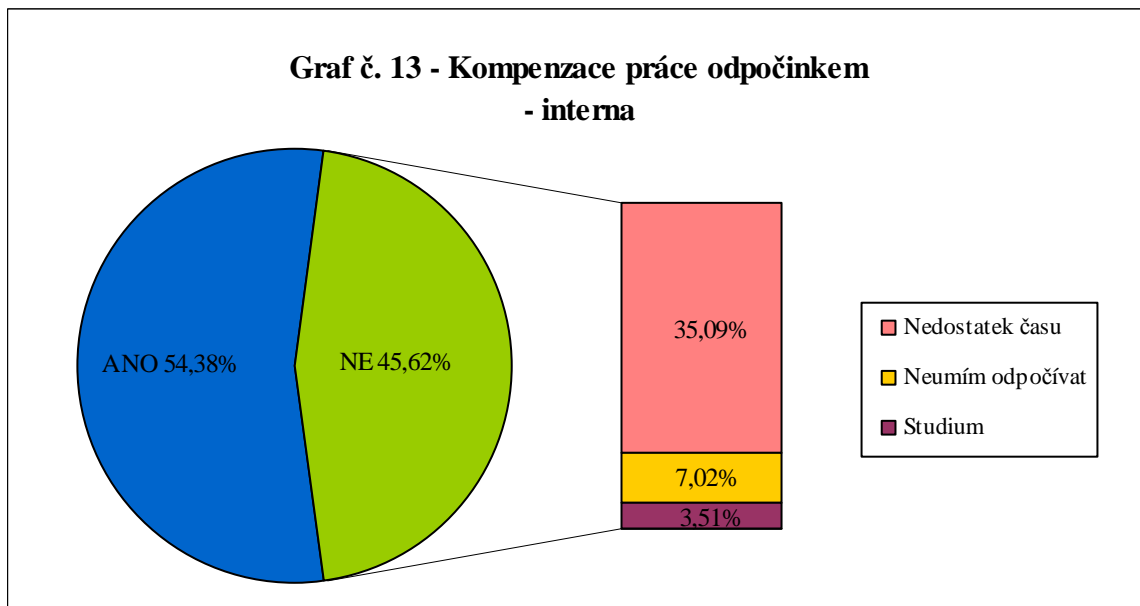
Tabulka č. 11 – Kompenzace práce odpočinkem

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interná		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ano	34	59,65 %	31	54,39 %	65	57,02 %
Ne	23	40,35 %	26	45,61 %	49	42,98 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %
Proč ne?	n	%	n	%	n	%
Nedostatek času	16	28,07 %	20	35,09 %	36	31,58 %
Neumím odpočívat	5	8,77 %	4	7,02 %	9	7,90 %
Studium	2	3,51 %	2	3,51 %	4	3,50 %
CELKEM	23	40,35 %	26	45,61 %	49	42,98 %



65 sester (57,02 %) uvedlo, že se jim daří kompenzovat intenzivní práci odpočinkem a 49 sester (42,98 %) uvedlo, že se jim nedaří kompenzovat práci odpočinkem.

Na chirurgii se daří kompenzovat intenzivní práci odpočinkem 34 sestrám (59,65 %) a nedaří 23 sestrám (40,35 %). Důvod nedostatečné kompenzace práce odpočinkem udává na chirurgii 16 sester (28,07 %) nedostatek času, 5 sester (8,77 %) neumí odpočívat a 2 sestry (3,51 %) jsou vytížené studiem.

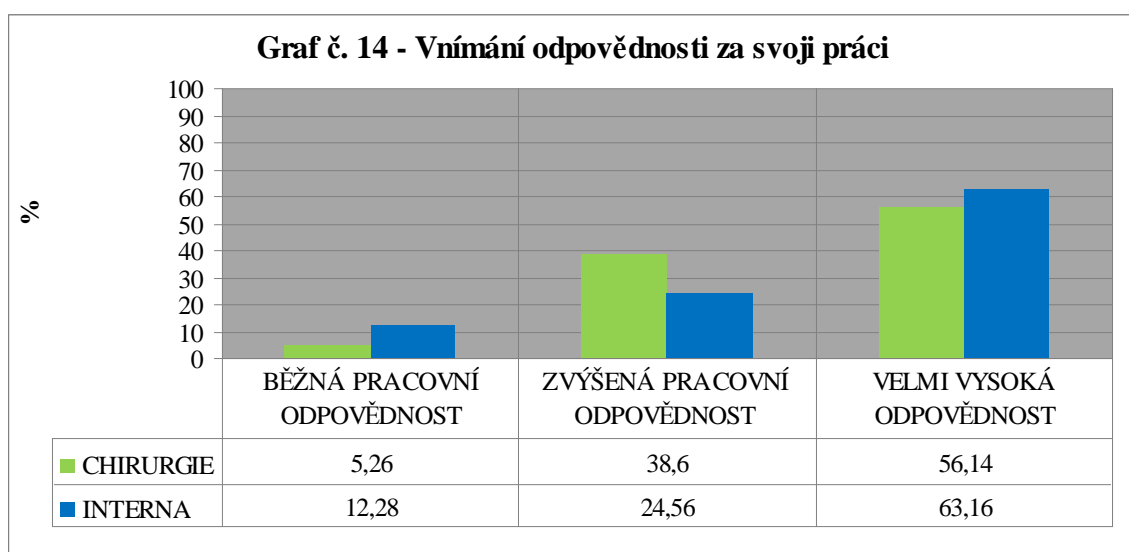


Na interně se daří kompenzovat intenzivní práci odpočinkem 31 sestrám (54,39 %) a nedaří 26 sestrám (45,61 %). Důvod nedostatečné kompenzace práce odpočinkem udává na interně 20 sester (35,09 %) nedostatek času, 4 sestry (7,02 %) neumí odpočívat a 2 sestry (3,51 %) jsou vytížené studiem.

Otázka č. 17 – „Jak vnímáte odpovědnost za svoji práci?“

Tabulka č. 12 – Vnímání odpovědnosti za svoji práci

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Běžná odp.	3	5,26 %	7	12,28 %	10	8,77 %
Zvýšená odp.	22	38,60 %	14	24,56 %	36	31,58 %
Velmi vysoká odp.	32	56,14 %	36	63,16 %	68	59,65 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

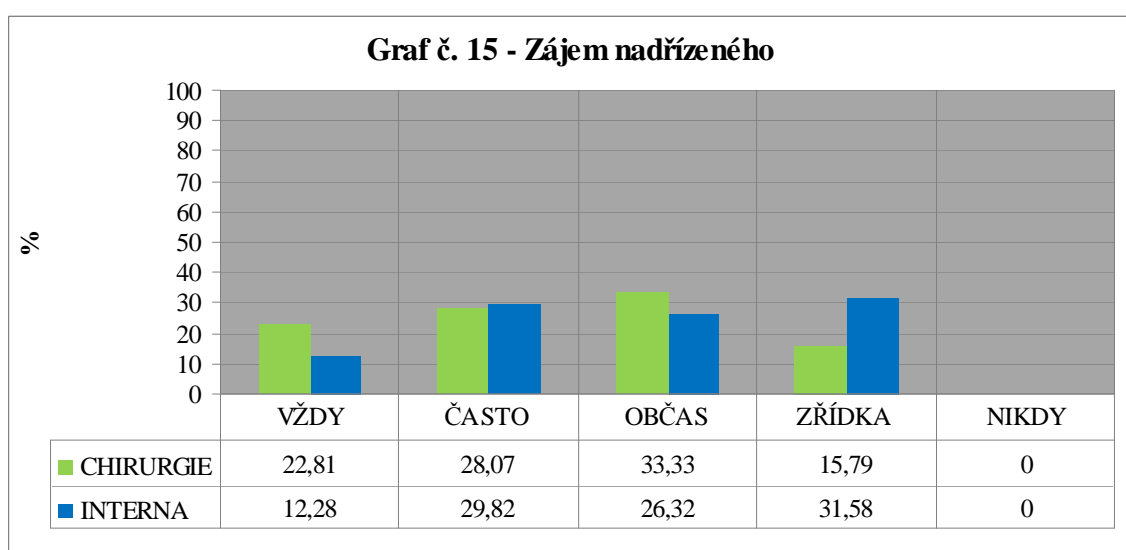


Další otázkou jsem zjišťovala vnímání odpovědnosti sester za svoji práci. Běžnou pracovní odpovědnost za svoji práci vnímá 10 sester (8,77 %), z toho na chirurgii 3 sestry (5,26 %) a na interně 7 sester (12,28 %). Zvýšenou pracovní odpovědnost za svoji práci vnímá 36 sester (31,58 %), z toho na chirurgii 22 sester (38,60 %) a na interně 14 sester (24,56 %). Velmi vysokou pracovní odpovědnost za svoji práci vnímá 68 sester (59,65 %), z toho na chirurgii 32 sester (56,14 %) a na interně 36 sester (63,16 %).

Otázka č. 18 – „Zajímají Vašeho nadřízeného Vaše názory, návrhy a připomínky?“

Tabulka č. 13 – Zájem nadřízeného

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interná		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Vždy	13	22,81 %	7	12,28 %	20	17,54 %
Často	16	28,07 %	17	29,82 %	33	28,95 %
Občas	19	33,33 %	15	26,32 %	34	29,82 %
Zřídka	9	15,79 %	18	31,58 %	27	23,68 %
Nikdy	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

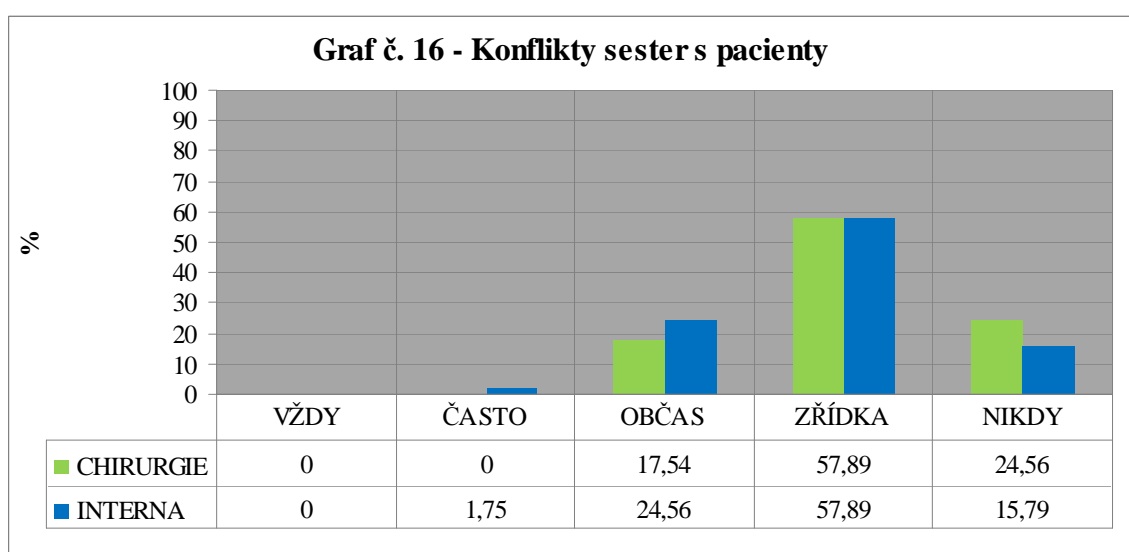


Otázkou č. 18 jsem zjišťovala, jestli nadřízené sestry zajímají názory, návrhy a připomínky, které sestra může mít. 20 sester (17,54 %) odpovědělo, že nadřízené jejich názory zajímají vždy, z toho 13 sester (22,81 %) na chirurgii a 7 sester (12,28 %) na interně. 33 sester (28,95 %) uvedlo, že nadřízené se o jejich názory zajímají často, z toho 16 sester (28,07 %) na chirurgii a 17 sester (29,82 %) na interně. 34 sester uvedlo, že nadřízené jejich názor zajímá občas, z toho 19 sester (33,33 %) na chirurgii a 15 sester (26,32 %) na interně. 27 sester (23,68 %) uvedlo, že nadřízené jejich názory zajímají zřídka, z toho 9 sester (15,79 %) na chirurgii a 18 sester (31,58 %) na interně. Ani jedna sestra (0,00 %) nevedla, že jejich nadřízené se nikdy nezajímají o jejich názory, návrhy a připomínky.

Otázka č. 19 – „Dostáváte se do konfliktu se svými pacienty?“

Tabulka č. 14 – Konflikty sester s pacienty

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Vždy	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Často	0	0,00 %	1	1,75 %	1	0,88 %
Občas	10	17,54 %	14	24,56 %	24	21,05 %
Zřídka	33	57,89 %	33	57,89 %	66	57,89 %
Nikdy	14	24,56 %	9	15,79 %	23	20,18 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %



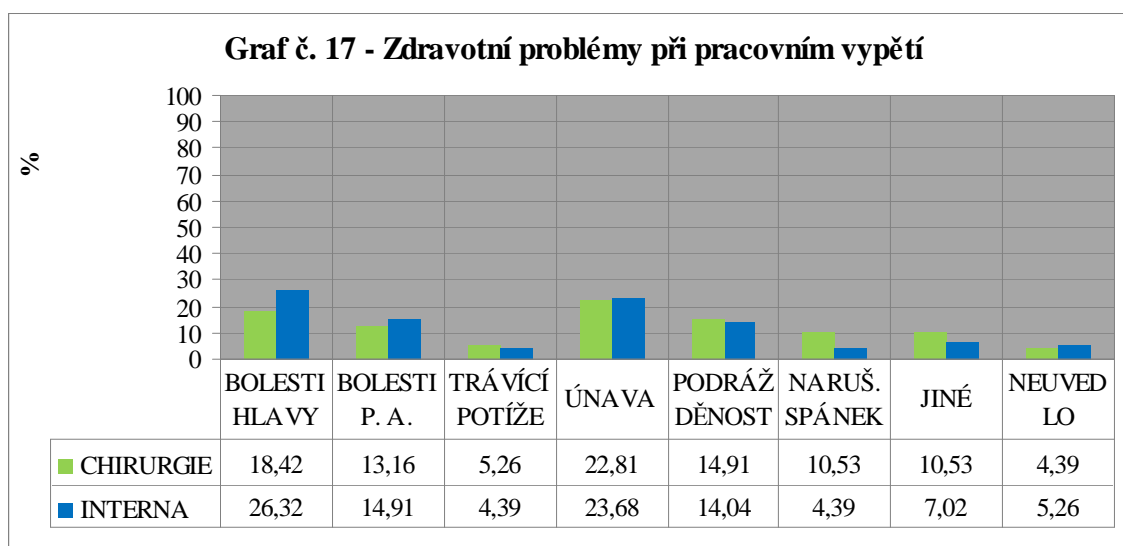
Na otázku, jestli se sestry dostávají do konfliktu se svými pacienty odpovídaly sestry takto: Vždy se do konfliktu se svými pacienty nedostává žádná sestra (0,00 %). Často se do konfliktu se svými pacienty dostává pouze 1 sestra (0,88 %), která pracuje na interně. Občas má konflikty s pacienty 24 sester (21,05 %), z toho 10 sester (17,54 %) na chirurgii a 14 sester (24,56 %) na interně. Zřídka má konflikty s pacienty 66 sester (57,89 %), z toho 33 sester (57,89 %) na chirurgii a 33 sester (57,89 %) na interně. Nikdy nemá konflikty s pacienty 23 sester (20,18 %), z toho 14 sester (24,56 %) na chirurgii a 9 sester (15,79 %) na interně.

Otázka č. 20 – „Pocítujete při pracovním vypětí některý z uvedených příznaků?“ (2)

Tabulka č. 15 – Zdravotní problémy při pracovním vypětí

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interná		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Bolesti hlavy	21	18,42 %	30	26,32 %	51	22,37 %
Bolesti pohyb. ap.	15	13,16 %	17	14,91 %	32	14,03 %
Trávicí potíže	6	5,26 %	5	4,39 %	11	4,83 %
Únava	26	22,81 %	27	23,68 %	53	23,24 %
Podrážděnost	17	14,91 %	16	14,04 %	33	14,48 %
Poruchy spánku	12	10,53 %	5	4,39 %	17	7,46 %
Jiné	12	10,53 %	8	7,02 %	20	8,77 %
Neuvedlo	5	4,39 %	6	5,26 %	11	4,83 %
CELKEM	114	100 %	114	100 %	228	100 %

Zde je uvedena četnost odpovědí, nikoliv počet respondentů.

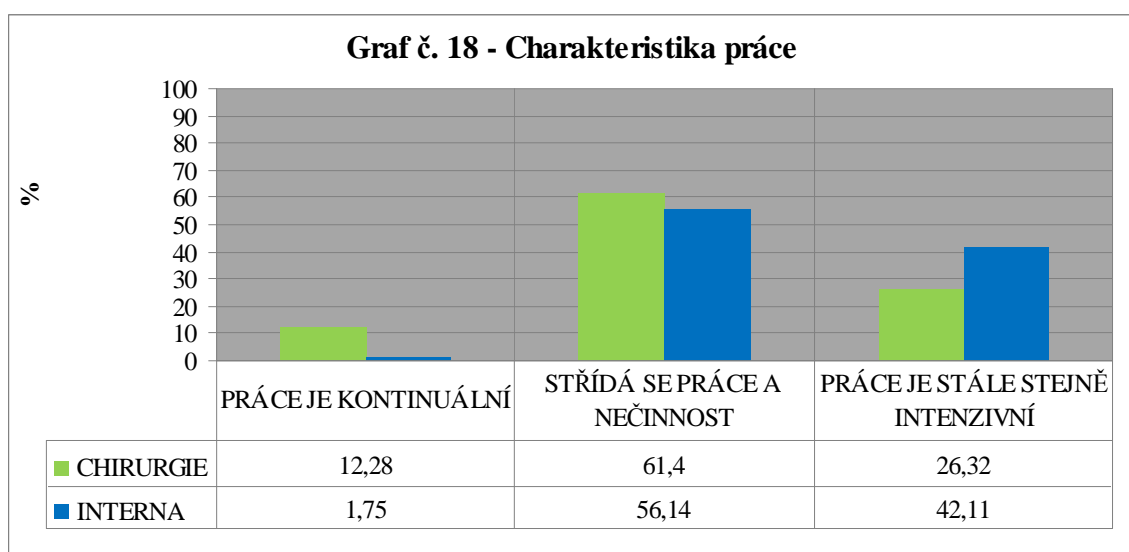


51 sester (22,37 %) uvádí, že při pracovním vypětí pocítuje bolesti hlavy, z toho 21 sester (18,42 %) na chirurgii a 30 sester (26,32 %) na interně. 32 sester (14,03 %) pocítuje při pracovním vypětí bolesti pohybového aparátu, z toho 15 sester (13,16 %) na chirurgii a 17 sester (14,91 %) na interně. 11 sester (4,83 %) má při pracovním vypětí trávicí potíže, z toho 6 sester (5,26 %) na chirurgii a 5 sester (4,39 %) na interně. 53 sester (23,24 %) uvádí při pracovním vypětí únavu, z toho 26 sester (22,81 %) na chirurgii a 27 sester (23,68 %) na interně. 33 sester (14,48 %) prožívá při pracovním vypětí podrážděnost, z toho 17 sester (14,91 %) na chirurgii a 16 sester (14,04 %) na interně. 17 sester (7,46 %) uvádí poruchy spánku, z toho 12 sester (10,53 %) na chirurgii a 5 sester (4,39 %) na interně. 20 sester (8,77 %) uvádí jiné zdravotní problémy, jako bušení srdce a nervozita.

Otázka č. 21 – „Jak byste charakterizovala práci na Vaší ošetrovací jednotce?“

Tabulka č. 16 – Charakteristika práce

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Kontinuální práce	7	12,28 %	1	1,75 %	8	7,02 %
Střídání práce	35	61,40 %	32	56,14 %	67	58,77 %
Intenzivní práce	15	26,32 %	24	42,11 %	39	34,21 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

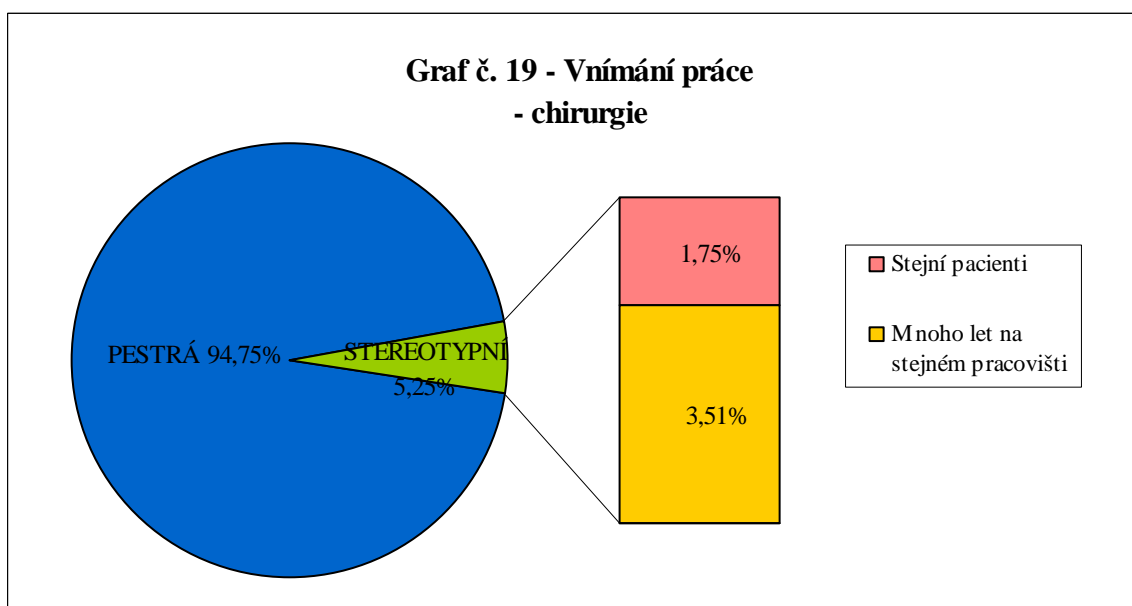


8 sester (7,02 %) uvádí, že je jejich práce kontinuální, převažují běžné činnosti. Z toho pracuje 7 sester (12,28 %) na chirurgii a 1 sestra (1,75 %) na interně. 67 sester (58,77 %) charakterizuje svoji práci jako střídání větší množství práce a kumulace úkolů s chvílemi nedostatku činnosti. Z toho 35 sester (61,40 %) pracuje na chirurgii a 32 sester (56,14 %) pracuje na interně. 39 sester (34,21 %) charakterizuje svoji práci jako stále stejně intenzivní, z toho 15 sester (26,32 %) na chirurgii a 24 sester (42,11 %) na interně.

Otázka č. 22 – „Jak vnímáte Vaši práci? Pokud odpovíte stereotypní, napište proč se Vám tak jeví.“

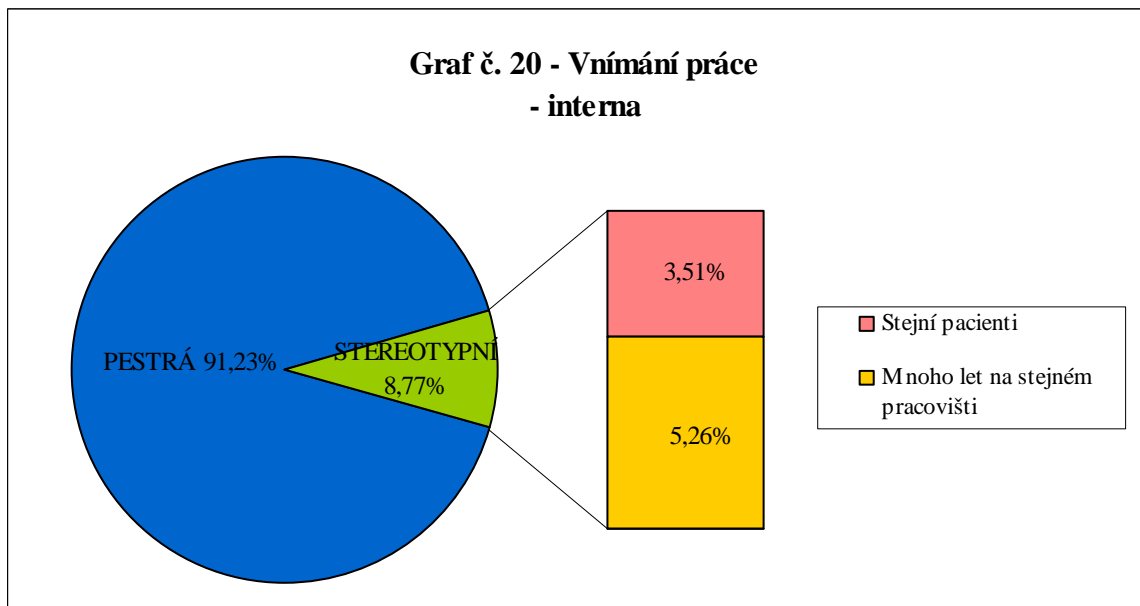
Tabulka č. 17 – Vnímání práce

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Pestrá	54	94,74 %	52	91,23 %	106	92,98 %
Stereotypní	3	5,26 %	5	8,77 %	8	7,02 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %
Proč stereotypní?	n	%	n	%	n	%
Stejní K/P	1	1,75 %	2	3,51 %	3	2,63 %
Mnoho let na 1	2	3,51 %	3	5,26 %	5	4,39 %
CELKEM	3	5,26 %	5	8,77 %	8	7,02 %



106 sester (92,98 %) uvádí, že vnímá svoji práci jako pestrou a pouze 8 sester (7,02 %) vnímá svoji práci jako stereotypní.

Na chirurgii vnímá práci pestrou 54 sester (94,74 %) a stereotypní 3 sestry (5,26 %). Důvod, proč je práce stereotypní uvádí 1 sestra (1,75 %) opakované setkání se stejnými pacienty a 2 sestry (3,51 %) pracují mnoho let na jednom pracovišti.

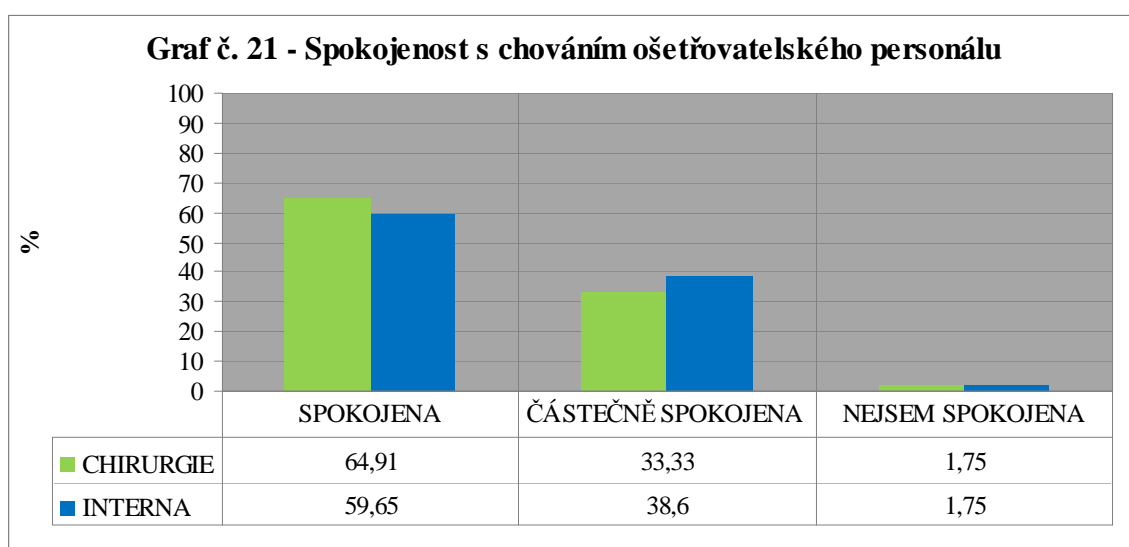


Na interně vnímá práci pestrou 52 sester (91,23 %) a stereotypní 5 sester (8,77 %). Důvod, proč je práce stereotypní uvádí 2 sestry (3,51 %) jako opakované setkání se stejnými pacienty a 3 sestry (5,26 %) pracují mnoho let na jednom pracovišti.

Otázka č. 23 – „S chováním ošetřovatelského personálu (na mé ošetrovací jednotce) ke klientům jste?“

Tabulka č. 18 – Spokojenost s chováním ošetřovatelského personálu

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Spokojena	37	64,91 %	34	59,65 %	71	62,28 %
Část. spokojena	19	33,33 %	22	38,60 %	41	35,96 %
Nespokojena	1	1,75 %	1	1,75 %	2	1,75 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

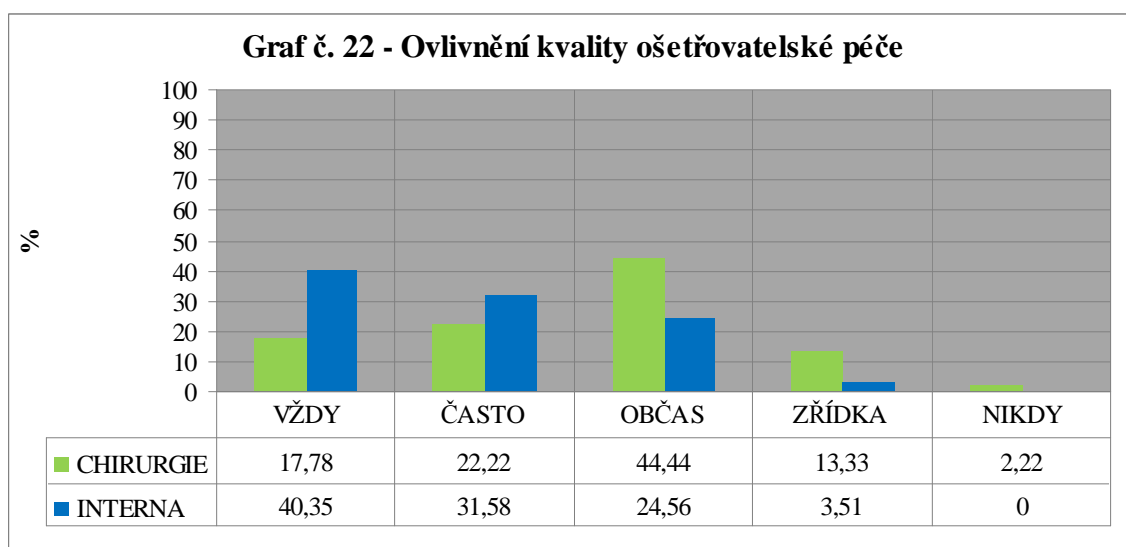


Otázkou č. 23 jsem zjišťovala spokojenost sester s chováním ostatního ošetřovatelského personálu ke klientům. 71 sester (62,28 %) je s chováním ošetřovatelského personálu spokojeno, z toho 37 sester (64,91 %) na chirurgii a 34 sester (59,65 %) na interně. 41 sester (35,96 %) uvádí částečnou spokojenost s chováním ošetřovatelského personálu, z toho 19 sester (33,33 %) na chirurgii a 22 sester (38,60 %) na interně. Nespokojeny s chováním ošetřovatelského personálu ke klientům jsou 2 sestry (1,75 %), 1 sestra (1,75 %) na chirurgii a 1 sestra (1,75 %) na interně.

Otázka č. 24 – „Ovlivňuje nedostatek ošetrovatelského personálu kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?“

Tabulka č. 19 – Ovlivnění kvality ošetrovatelské péče

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interná		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Vždy	8	17,78 %	23	40,35 %	31	30,39 %
Často	10	22,22 %	18	31,58 %	28	27,45 %
Občas	20	44,44 %	14	24,56 %	34	33,33 %
Zřídka	6	13,33 %	2	3,51 %	8	7,84 %
Nikdy	1	2,22 %	0	0,00 %	1	0,98 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

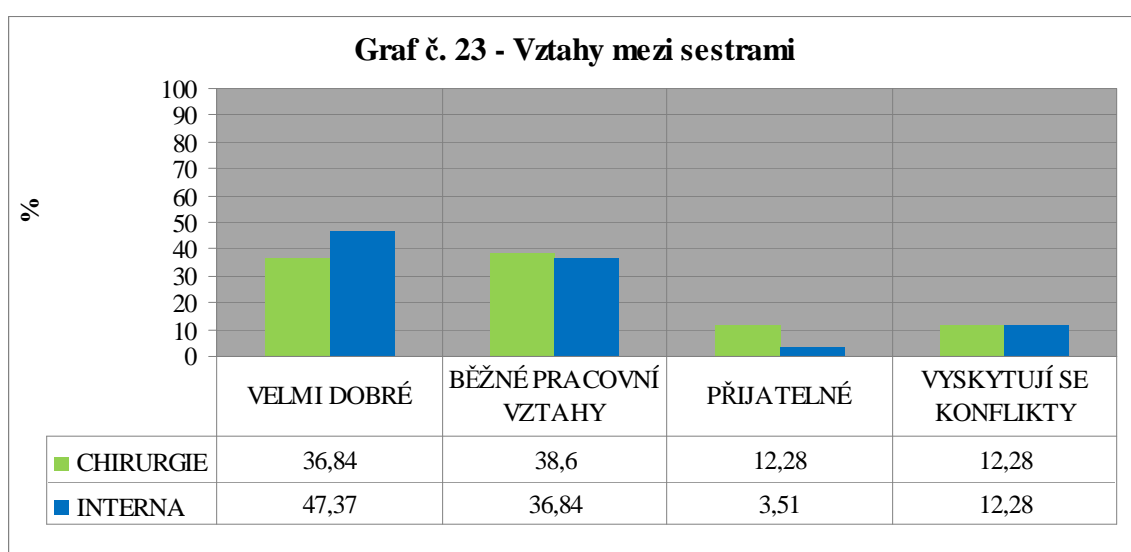


31 sester (30,39 %) uvedlo, že nedostatek personálu ovlivňuje kvalitu poskytované péče vždy, z toho 8 sester (17,78 %) pracuje na chirurgii a 23 sester (40,35 %) na interně. 28 sester (27,45 %) uvedlo, že nedostatek personálu ovlivňuje kvalitu poskytované péče často, z toho 10 sester (22,22 %) pracuje na chirurgii a 18 sester (31,58 %) na interně. 34 sester (33,33 %) uvedlo, že kvalitu poskytované péče ovlivňuje občas nedostatek personálu, z toho pracuje na chirurgii 20 sester (44,44 %) a na interně 14 sester (24,56 %). 8 sester (7,84 %) uvedlo, že kvalitu poskytované péče ovlivňuje nedostatek personálu zřídka. Z toho pracuje 6 sester (13,33 %) na chirurgii a 2 sestry (3,51 %) na interně. Pouze 1 sestra (0,98 %) uvedla, že kvalitu poskytované péče nedostatek personálu neovlivňuje nikdy. Tato sestra pracuje na chirurgickém oddělení.

Otázka č. 25 – „Jak hodnotíte vztahy mezi sestrami na Vaší ošetrovací jednotce?“

Tabulka č. 20 – Vztahy mezi sestrami

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Velmi dobré	21	36,84 %	27	47,37 %	48	42,11 %
Běžné	22	38,60 %	21	36,84 %	43	37,72 %
Přijatelné	7	12,28 %	2	3,51 %	9	7,89 %
Konflikty	7	12,28 %	7	12,28 %	14	12,28 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

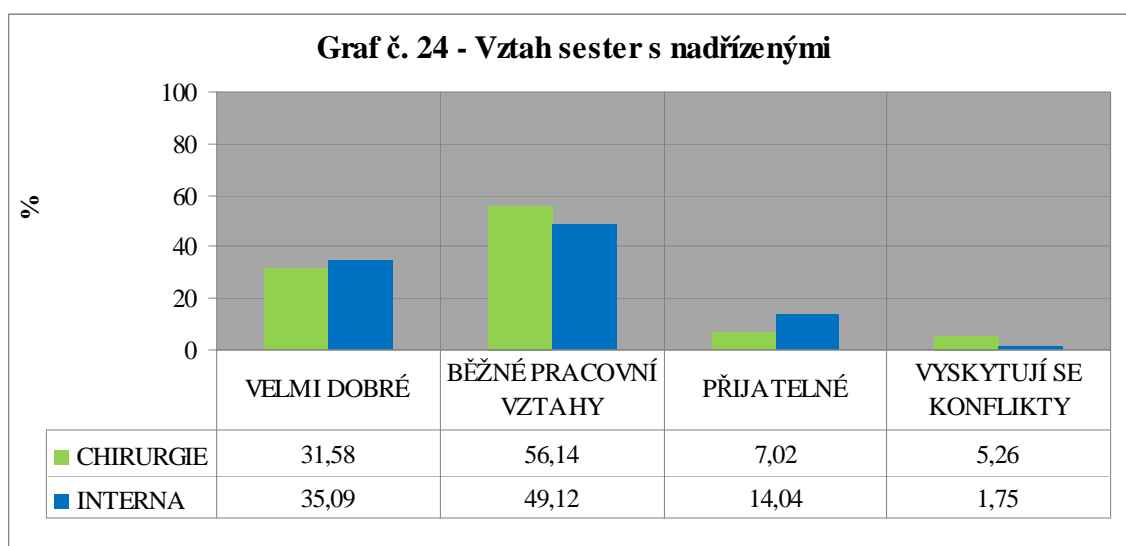


48 sester (42,11 %) hodnotí vzájemné vztahy mezi sestrami jako velmi dobré, na chirurgii je to 21 sester (36,84 %) a na interně 27 sester (47,37 %). 43 sester (37,72 %) hodnotí vzájemné vztahy mezi sestrami jako běžné pracovní vztahy, z toho 22 sester (38,60 %) na chirurgii a 21 sester (36,84 %) na interně. 9 sester (7,89 %) hodnotí vztahy mezi sestrami jako přijatelné, z toho na chirurgii 7 sester (12,28 %) a na interně 2 sestry (3,51 %). 14 sester (12,28 %) uvádí konflikty mezi sestrami, z toho pracuje 7 sester (12,28 %) na chirurgii a 7 sester (12,28 %) na interně.

Otázka č. 26 – „Jak hodnotíte vztahy mezi Vámi a nadřízenými? (staniční sestrou, vrchní sestrou)“

Tabulka č. 21 – Vztah sester s nadřízenými

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interna		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Velmi dobré	18	31,58 %	20	35,09 %	38	33,33 %
Běžné	32	56,14 %	28	49,12 %	60	52,63 %
Přijatelné	4	7,02 %	8	14,04 %	12	10,53 %
Konflikty	3	5,26 %	1	1,75 %	4	3,51 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %

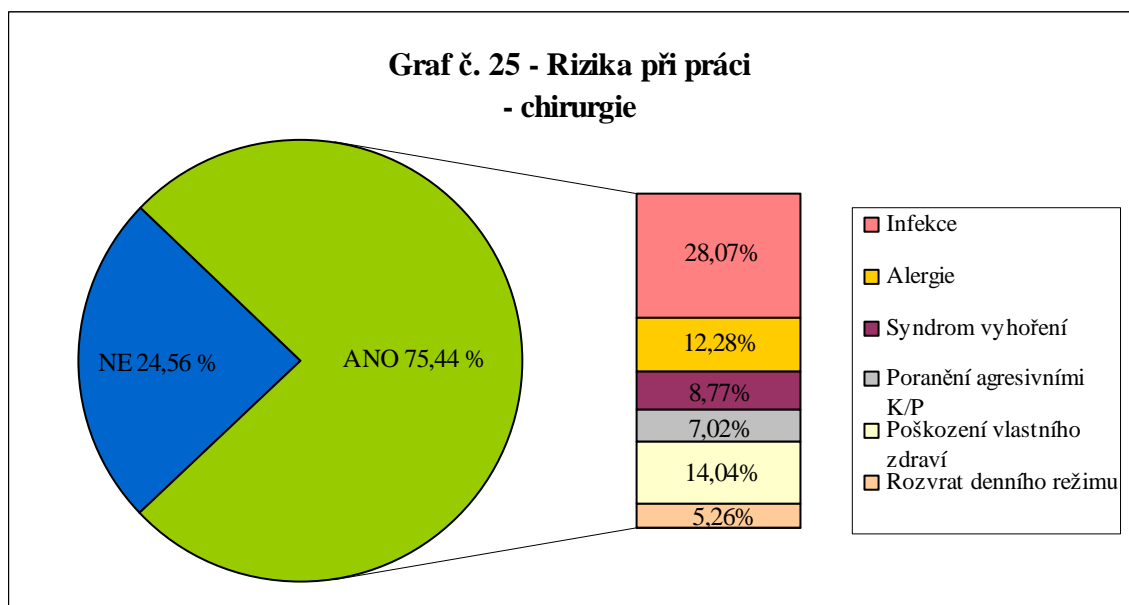


38 sester (33,33 %) hodnotí vztahy s nadřízenými jako velmi dobré, z toho 18 sester (31,58 %) na chirurgii a 20 sester (35,09 %) na interně. 60 sester (52,63 %) hodnotí vztahy sester s nadřízenými jako běžné pracovní vztahy, z toho pracuje 32 sester (56,14 %) na chirurgii a 28 sester (49,12 %) na interně. 12 sester (10,53 %) hodnotí vztahy sester s nadřízenými jako přijatelné, na chirurgii jsou to 4 sestry (7,02 %) a na interně 8 sester (14,04 %). 4 sestry vnímají ve vztahu k nadřízenému konflikty, z toho 3 sestry (5,26 %) na chirurgii a 1 sestra (1,75 %) na interně.

Otázka č. 27 – „Vnímáte nějaká rizika, která ohrožují Vaše zdraví při práci? Jestliže odpovíte ano, napište, jaká rizika vnímáte.“

Tabulka č. 22 – Rizika při práci

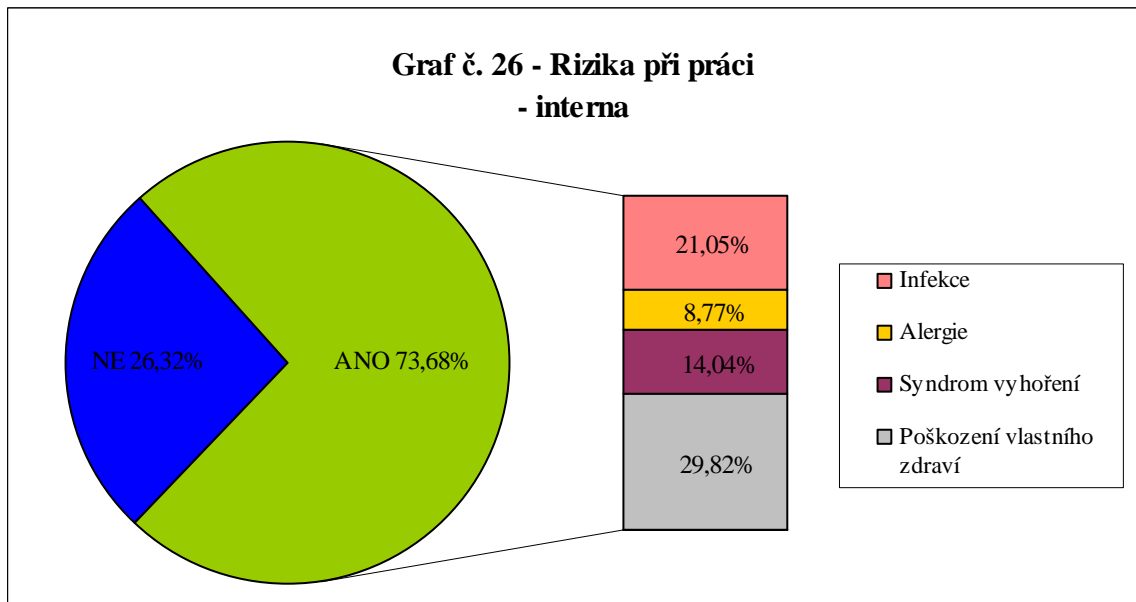
Výběrové možnosti	Chirurgie		Interná		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ne	14	24,56 %	15	26,32 %	29	25,44 %
Ano	43	75,44 %	42	73,68 %	85	74,56 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %
Jaká rizika?	n	%	n	%	n	%
Infekce	16	28,07 %	12	21,05 %	28	24,56 %
Alergie	7	12,28 %	5	8,77 %	12	10,53 %
Syndrom	5	8,77 %	8	14,04 %	13	11,40 %
Poranění agr. K/P	4	7,02 %	0	0,00 %	4	3,51 %
Poškoz. vl. zdraví	8	14,04 %	17	29,82 %	25	21,93 %
Rozvrat d. režimu	3	5,26 %	0	0,00 %	3	2,63 %
CELKEM	43	75,44 %	42	73,68 %	85	74,56 %



29 sester (25,44 %) uvedlo, že nevnímá žádná rizika ohrožení zdraví při práci a 85 sester (74,56 %) uvedlo, že rizika ohrožení zdraví při práci vnímají. Na chirurgii nevnímá riziko ohrožení vlastního zdraví 14 sester (24,56 %) a 43 sester (75,44 %) riziko ohrožení zdraví vnímá.

Nejčastější riziko ohrožení zdraví uvádí 16 sester (28,07 %) riziko infekce, 7 sester (12,28 %) riziko alergie, 5 sester (8,77 %) riziko vzniku syndromu vyhoření, 4 sestry (7,02 %)

riziko poranění agresivními klienty. 8 sester (14,04 %) poškození vlastního zdraví – toto poškození zdraví sestry blíže nespecifikovaly a 3 sestry (5,26 %) rozvrat denního režimu.

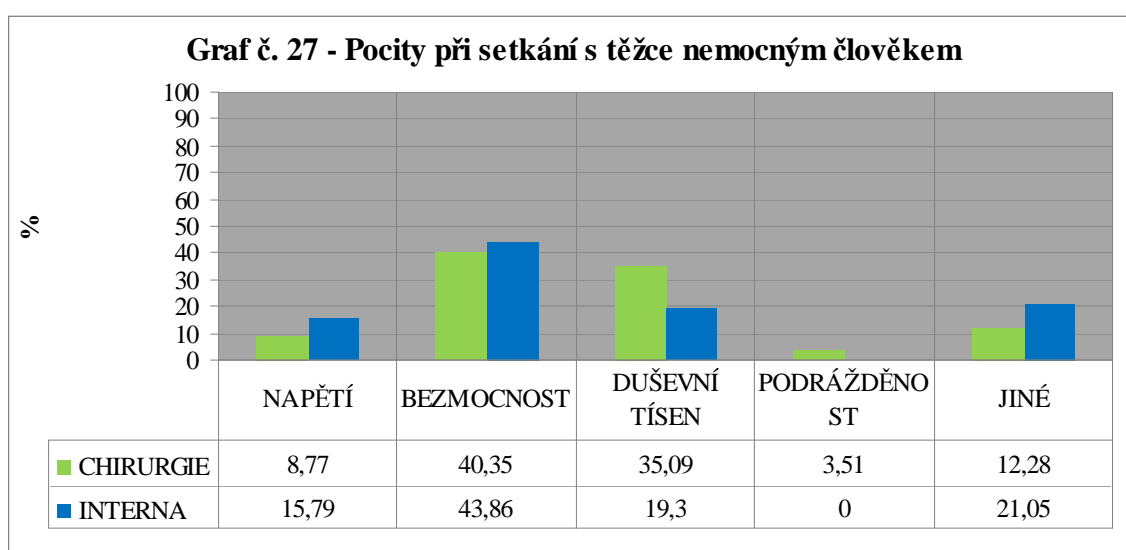


Na interně nevnímá riziko ohrožení vlastního zdraví 15 sester (26,32 %) a 43 sestry (73,68 %) riziko ohrožení zdraví vnímá. Nejčastější riziko ohrožení zdraví uvádí 12 sester (21,05 %) riziko infekce, 5 sester (8,77 %) riziko alergie, 8 sester (14,04 %) riziko vzniku syndromu vyhoření, 17 sester (29,82 %) poškození vlastního zdraví – toto poškození zdraví sestry blíže nespecifikovaly.

Otázka č. 28 – „Setkání s těžce nemocnými a umírajícími lidmi ve Vás vyvolává?“ (1)

Tabulka č. 23 – Pocity sester při setkání s těžce nemocným člověkem

Výběrové možnosti	Chirurgie		Interná		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Napětí	5	8,77 %	9	15,79 %	14	12,28 %
Bezmocnost	23	40,35 %	25	43,86 %	48	42,11 %
Duševní tíseň	20	35,09 %	11	19,30 %	31	27,19 %
Podrážděnost	2	3,51 %	0	0,00 %	2	1,75 %
Jiné	7	12,28 %	12	21,05 %	19	16,67 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Při setkání s těžce nemocnými a umírajícími lidmi prožívá 14 sester (12,28 %) napětí, z toho 5 sester (8,77 %) na chirurgii a 9 sester (15,79 %) na interně. Bezmocnost prožívá 48 sester (42,11 %), z toho pracuje 23 sester (40,35 %) na chirurgii a 25 sester (43,86 %) na interně. 31 sester (27,19 %) prožívá duševní tíseň, z toho pracuje 20 sester (35,09 %) na chirurgii a 11 sester (19,30 %) na interně. Podrážděnost prožívají pouze 2 sestry (1,75 %), které pracují na chirurgii. Jiné pocity při setkání s těžce nemocným a umírajícím člověkem uvádí 19 sester (16,67 %) a mezi tyto pocity patří empatie, pocity smíření, nepožívání této situace – apatie.

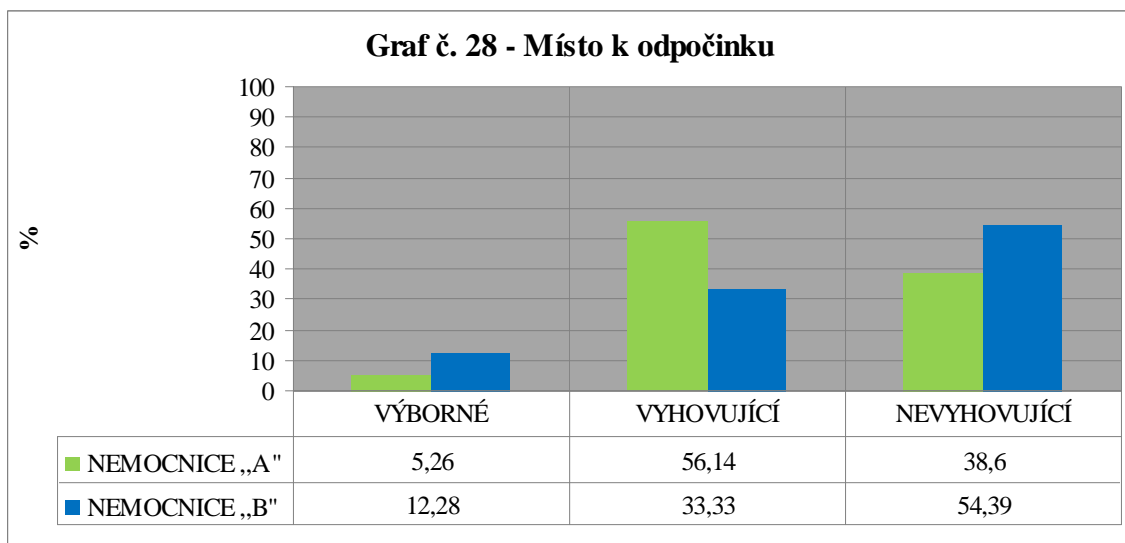
Otázka č. 29 – „Jak byste ohodnotila Vaše pracovní podmínky?“

Tabulka č. 24 – Pracovní podmínky v nemocnici A

Výběrové možnosti	Výborné		Vyhovující		Nevyhovující		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Místo k odpočinku	3	5,26 %	32	56,14 %	22	38,60 %	57	100 %
Sociální zařízení	2	3,51 %	37	64,91 %	18	31,58 %	57	100 %
Stravování	1	1,75 %	46	80,70 %	10	17,54 %	57	100 %
Hluk	5	8,77 %	45	78,95 %	7	12,28 %	57	100 %
Čistota ovzduší	4	7,02 %	31	54,39 %	22	38,60 %	57	100 %
Technické vybavení	1	1,75 %	25	43,86 %	31	54,39 %	57	100 %
Estetika prostředí	3	5,17 %	29	50,00 %	26	44,83 %	57	100 %

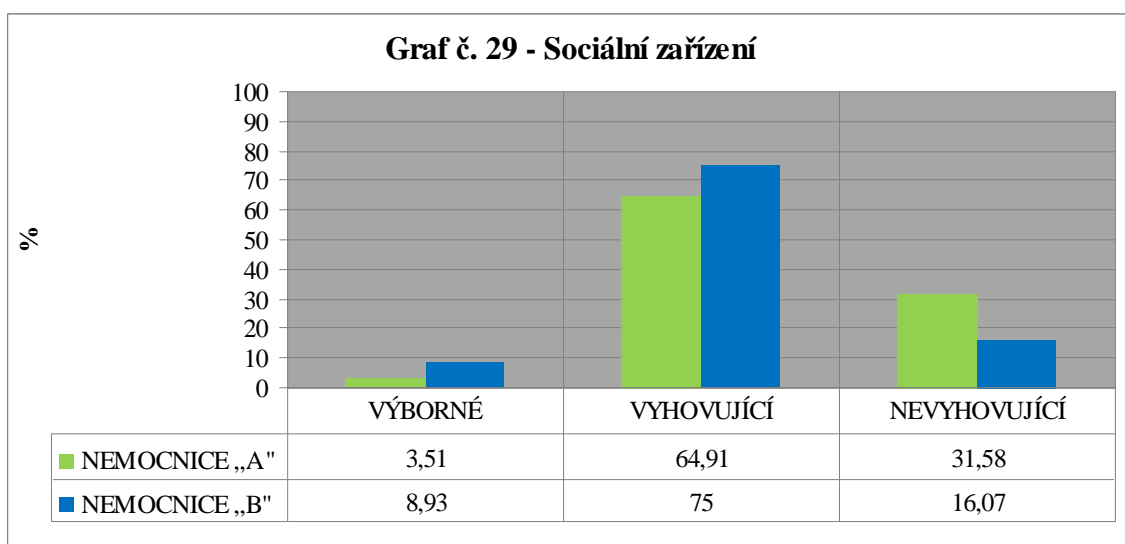
Tabulka č. 25 – Pracovní podmínky v nemocnici B

Výběrové možnosti	Výborné		Vyhovující		Nevyhovující		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Místo k odpočinku	7	12,28 %	19	33,33 %	31	54,39 %	57	100 %
Sociální zařízení	5	8,93 %	42	75,00 %	9	16,07 %	57	100 %
Stravování	4	6,90 %	26	44,83 %	28	48,28 %	57	100 %
Hluk	9	16,67 %	36	66,67 %	9	16,67 %	57	100 %
Čistota ovzduší	9	15,79 %	41	71,93 %	7	12,28 %	57	100 %
Technické vybavení	7	12,28 %	31	54,39 %	19	33,33 %	57	100 %
Estetika prostředí	13	22,81 %	35	61,40 %	9	15,79 %	57	100 %



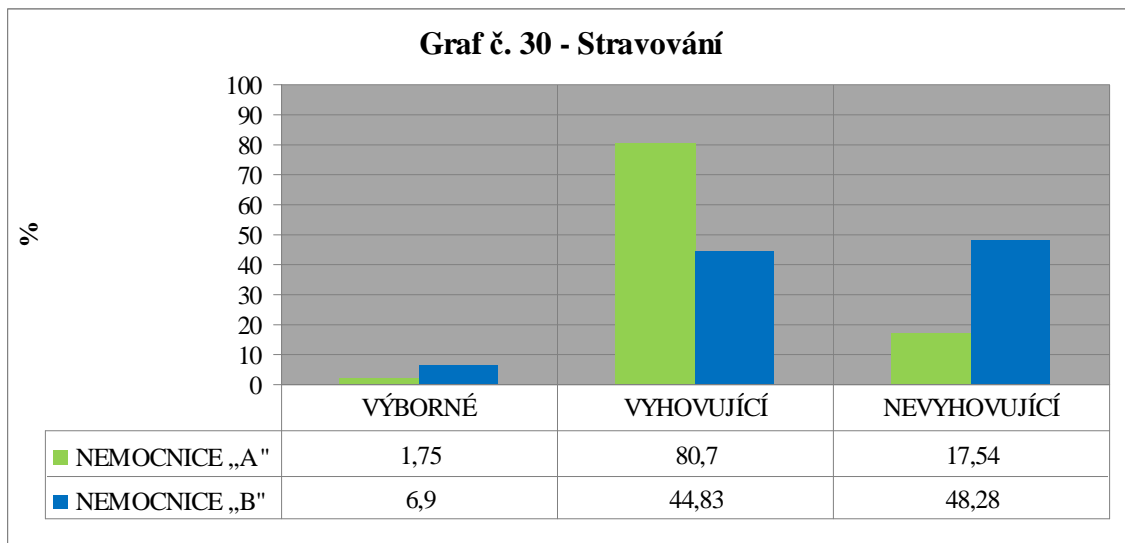
Hodnocení místa k odpočinku v nemocnici „A“ – Místo k odpočinku hodnotí 3 sestry (5,26 %) jako výborné, 32 sester (56,14 %) jako vyhovující a 22 sester (38,6 %) jako nevyhovující.

Hodnocení místa k odpočinku v nemocnici „B“ – Místo k odpočinku hodnotí 7 sester (12,28 %) jako výborné, 19 sester (33,33 %) jako vyhovující a 31 sester (54,39 %) jako nevyhovující.



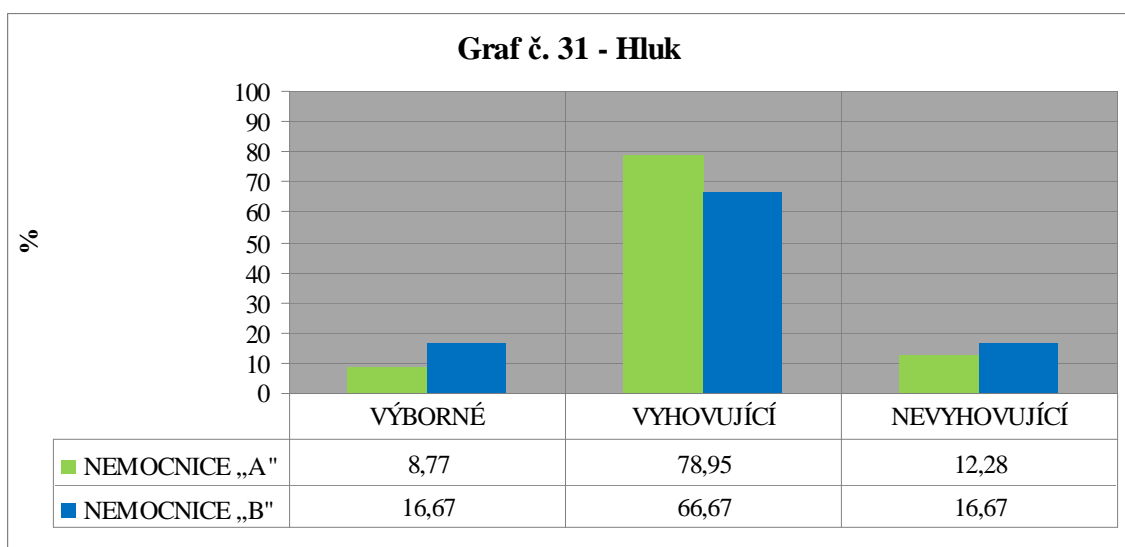
Hodnocení sociálního zařízení v nemocnici „A“ – Sociální zařízení hodnotí 3 sestry (3,51 %) jako výborné, 32 sester (64,91 %) jako vyhovující a 22 sester (31,58 %) jako nevyhovující.

Hodnocení sociálního zařízení v nemocnici „B“ – Sociální zařízení hodnotí 5 sester (8,93 %) jako výborné, 42 sester (75 %) jako vyhovující a 9 sester (16,07 %) jako nevyhovující.



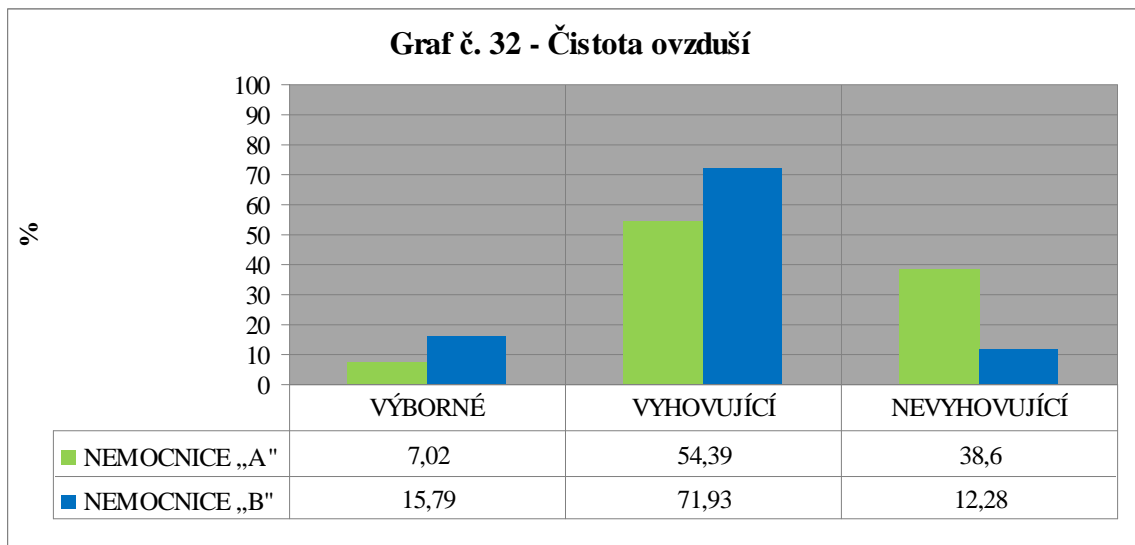
Hodnocení možnosti stravování v nemocnici „A“ – Stravování hodnotí 1 sestra (1,75 %) jako výborné, 46 sester (80,7 %) jako vyhovující a 10 sester (17,54 %) jako nevyhovující.

Hodnocení možnosti stravování v nemocnici „B“ – Stravování hodnotí 4 sestry (6,9 %) jako výborné, 26 sester (44,83 %) jako vyhovující a 28 sester (48,28 %) jako nevyhovující.



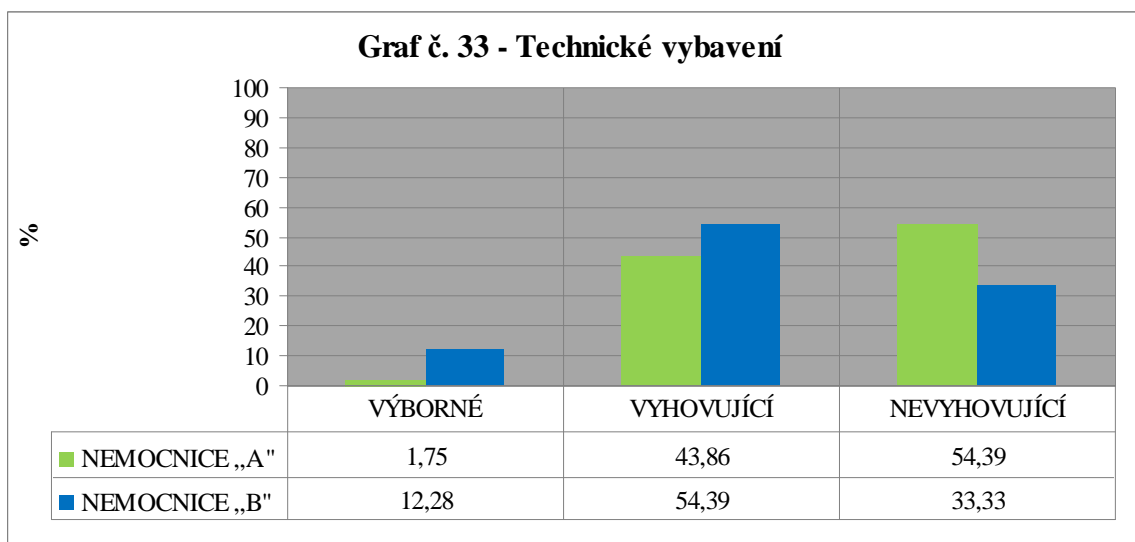
Hodnocení míry hlučnosti na pracovištích v nemocnici „A“ – 5 sester (8,77 %) hodnotí hlučnost jako výbornou, 45 sester (78,95 %) jako vyhovující a 7 sester (12,28 %) jako nevyhovující.

Hodnocení míry hlučnosti na pracovištích v nemocnici „B“ – 9 sester (16,67 %) hodnotí hlučnost jako výbornou, 36 sester (66,67 %) jako vyhovující a 9 sester (16,67 %) jako nevyhovující.



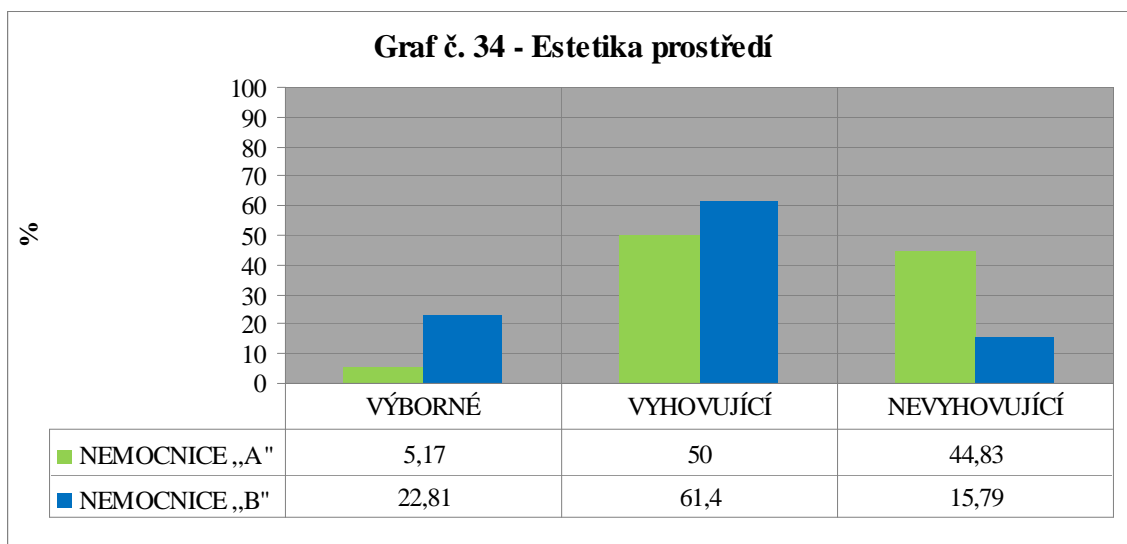
Hodnocení čistoty ovzduší v nemocnici „A“ – 4 sestry (7,02 %) hodnotí čistotu ovzduší jako výbornou, 31 sester (54,39 %) hodnotí čistotu ovzduší jako vyhovující a 22 sester (38,6 %) hodnotí čistotu ovzduší jako nevyhovující.

Hodnocení čistoty ovzduší v nemocnici „B“ – 9 sester (15,79 %) hodnotí čistotu ovzduší jako výbornou, 41 sester (71,93 %) hodnotí čistotu ovzduší jako vyhovující a 7 sester (12,28 %) hodnotí čistotu ovzduší jako nevyhovující.



Hodnocení technického vybavení v nemocnici „A“ – 1 sestra (1,75 %) hodnotí technické vybavení jako výborné, 25 sester (43,86 %) hodnotí technické vybavení jako vyhovující a 31 sester (54,39 %) hodnotí technické vybavení jako nevyhovující.

Hodnocení technického vybavení v nemocnici „B“ – 7 sester (12,28 %) hodnotí technické vybavení jako výborné, 31 sester (54,39 %) hodnotí technické vybavení jako vyhovující a 19 sester (33,33 %) hodnotí technické vybavení jako nevyhovující.



Hodnocení estetiky prostředí v nemocnici „A“ – 3 sestry (5,17 %) hodnotí estetiku prostředí jako výbornou, 29 sester (50 %) hodnotí estetiku prostředí jako vyhovující a 26 sester (44,83 %) hodnotí estetiku prostředí jako nevyhovující.

Hodnocení estetiky prostředí v nemocnici „B“ – 13 sester (22,81 %) hodnotí estetiku prostředí jako výbornou, 35 sester (61,4 %) hodnotí estetiku prostředí jako vyhovující a 9 sester (15,79 %) hodnotí estetiku prostředí jako nevyhovující.

DISKUZE

Jako téma mojí bakalářské práce jsem si vybrala Psychosociální profesionální zátěž sester a pracovní podmínky. Ke zpracování teoretické části jsem si zvolila literaturu, odborné časopisové články a čerpala jsem taktéž se zborníků ošetřovatelských konferencí. O zátěži ve zdravotnictví a stresu sester bylo napsáno mnoho prací a provedeno nemálo studií. Vzhledem k tomu, že je dostupné hodně literatury, neměla jsem problém při zpracování teoretické části. Zpracování praktické části bylo problematické z toho důvodu, aby se téma práce příliš neopakovalo.

Cíl č. 1 pro teoretickou část zněl: Vydefinovat a vymezit faktory psychosociální profesionální zátěže sester. Tento cíl se mi podařilo splnit, v kapitole 1 jsou podrobně popsány faktory psychosociální zátěže sester. Mezi časté zdroje zátěže sester patří interpersonální vztahy na pracovišti – tedy vztahy mezi sestrami navzájem, vztahy mezi sestrami a lékaři a v neposledí řadě vztah sestry s pacientem. Pro sestry jsou taktéž zatěžující dotazy pacientů. I když je v kompetenci lékaře informovat své pacienty o jejich zdravotním stavu, velmi často lékaři informují nemocné nedostatečně a ti potom své obavy a dotazy ventilují směrem k sestře. Nejčastějším zdrojem psychosociální zátěže ovšem je setkání sestry s umírajícím klientem a následně s jeho rodinou (Jobánková, M., Kvapilová, J., 2007, s. 18).

Cílem č. 2 bylo popsat osobnostní typologii sester ve vztahu ke zdravotnické profesi. V kapitole 2.1 jsem popsala typologii sestry podle Hippokratovy teorie osobnosti, rozdělila jsem sestry podle temperamentu na sestru s povahou sangvinika, flegmatika, melancholika a cholera a rozpracovala jsem chování těchto sester. Ve Zdravotnické psychologii je uvedena typologie sester podle postojů v práci a vztahu k nemocným a také neadaptivní povahové projevy chování sester. Sestry mohou být náladové, citově chladné, přecitlivělé, hysterické, podezíravé aj. Podrobně jsou tyto charakteristiky popsány v kapitole 2.2.2 a 2.2.3.

Zmapovat psychosociální potřeby klinicky nemocných v zátěžové situaci bylo cílem č. 3. Zátěžová situace zde byla chápána jako nemoc a popsala jsem psychosociální potřeby nemocného člověka. Nemoc je velký zásah do života. Pacient má ze dne na den jiné potřeby než člověk zdravý a protože je každý z nás individuální, tak i každý nemocný má zcela jiné potřeby. Nejdůležitější potřeba pro nemocného je podle mě potřeba

orientovat se ve své situaci a mít dostatek informací o vzniklé nemoci. Vágnerová (1999) uvádí nejčastější potřeby nemocných a to: Potřeba sociálního kontaktu s ostatními lidmi, potřeba pozitivní prognózy, potřeba stimulace a nových zkušeností. Nemocní mají dále potřebu jistoty a bezpečí, protože prožívají v nemocnici nepříjemné zákroky bez citové podpory svých blízkých. Dále chybí hospitalizovaným pacientům informace o rodině, dětech a o tom co se děje doma (Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J., 2007, s. 24).

Vyhodnocení praktické části

O zátěži sester, stresu ve zdravotnictví a syndromu vyhoření bylo již provedeno mnoho studií. Pro srovnání svých výsledků jsem použila literaturu, odborné články, sborníky a také jsem si vybrala 3 závěrečné práce, které jsou mému tématu nejbližší. Je to práce Zvládání psychické zátěže sestrami (Papežová, 2009), Zvládání stresu a zátěže u zdravotníků (Dostálová, 2007) a Náročnost povolání zdravotní sestry (Szlauerová, 2009).

V praktické části jsem se řídila cíli, které jsem si stanovila.

Cíl č. 4 zněl: Provést šetření o pracovní psychosociální zátěži sester.

Cíl č. 5 zněl: Analyzovat získané informace a porovnat psychosociální zátěž sester na standardním chirurgickém a interním oddělení. Cíl č. 4 a č. 5 jsem splnila. Metodou dotazníkového šetření jsem získala velké množství informací, které jsem dále zpracovala a výsledky jsem porovnála zvlášť u sester, které pracují na standardním chirurgickém oddělení a u sester pracujících na standardním interním oddělení.

Zjišťovala jsem spokojenost sester s jejich profesí. 47,37 % sester uvádí, že je se svou profesí úplně spokojena a 50,88 % sester uvádí, že je se svou profesí spokojena částečně. Pouze 1,75 % sester uvedlo, že není spokojeno s profesí zdravotní sestry. Tyto získané informace jsou velmi pozitivní a z uvedeného vyplývá nízká míra vyhoření sester, protože pracovní nespokojenost je jeden z příznaků syndromu vyhoření. V této otázce jsem vlastně přišla na to, že sestry jsou se svojí prací spíše spokojené a baví je. Podobné výsledky zjistila i Szlauerová (2009). Szlauerová zjišťovala, jestli sestry těší jejich práce, 32,9 % sester uvedlo: ano těší mě práce a 57,2 % sester odpovědělo spíše ano – těší mě moje práce.

Skutečnost, že chodí většina sester do práce pozitivně naladěna a je se svojí profesí spokojena si můžeme potvrdit i otázkou, jestli se sestry těší do práce. 40,35 % sester odpovědělo, že se těší často a 42,98 % sester se těší do práce občas. Ani jedna sestra neodpověděla, že se do práce netěší nikdy. I z další otázky a to, jestli sestry stresuje

myšlenka, že musí druhý den do práce, lze usoudit, že sestry se do práce spíše těší a není pro ně práce obtěžující. Sestry stresuje myšlenka práce spíše občas – 35,96 % a zřídka – 40,35 % sester.

Ve Speciální psychologii jsou popsány charakteristiky profesionálního chování, řadí se sem pozitivní chování, kladné působení na nemocného, znalost práv pacientů, ovládnutí negativních emocí a upřednostňování potřeb pacienta před svými (Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M., 2004, s. 78). Ptala jsem se sester, jestli je unavuje chovat se za každé situace mile a empaticky, tedy profesionálně. Z daných výsledků vyplývá, že profesionální chování sestry unavuje občas. Profesionální chování je o trochu více zatěžující pro sestry na interně, protože 56,14 % sester uvedlo, že je občas unavuje pozitivní chování a na chirurgii uvedlo 38,60 % sester, že je občas unavuje profesionální chování. Podrobně viz. graf č. 3.

Dalšími otázkami jsem zjišťovala, jaký je management na ošetrovacích jednotkách, jestli jsou sestry s organizací práce spokojené či nikoliv. Tyhle otázky jsem do dotazníku zařadila z toho důvodu, že špatná organizace práce může vést k pracovní neposkojenosti a tím ke zvýšené zátěži sester. Výsledky ukazují na kladné i záporné stránky managementu. O dobrém managementu vypovídá stav, že výrazná většina sester - 80,70 % je spokojena s organizací práce na ošetrovací jednotce.

Dále jsem se ptala sester, jestli vykonávají práce, které jim nenáleží, tedy za někoho jiného. Je alarmující, že pouze 4,31 % sester odpovědělo, že nikdy nevykonávají práce, které jim nenáleží. 37,93 % sester vykonává práce za ostatní často a 37,93 % sester občas. Podrobné výsledky jsou zaznamenány v grafu č. 7. Tato otázka nám poukazuje na špatnou organizaci práce na ošetrovacích jednotkách. Sestry vykonávají práce za ostatní členy zdravotnického týmu, které nejsou v jejich kompetencích a nemusí mít proto čas na důsledné plnění svých povinností.

Je zvláštní, že sestry v otázce č. 10 uvedly, že jsou spokojené s organizací práce na ošetrovacích jednotkách, ale v otázce č. 12 pouze 5 sester uvádí, že nikdy nevykonává práce za jiné členy zdravotnického týmu. Je tedy možné, že sestřám tato situace vyhovuje. Tyto dvě otázky nám dokazují i to, co píše ve své publikaci Staňková v Základech teorie ošetrovatelství. Uvádí zde nejčastější problémy ošetrovatelské péče a jeden z nich je i nedostatek zdravotnických pracovníků, kteří pracují pod odborným dohledem nebo

přímým vedením (jsou to sestry, které získají kvalifikaci na SZŠ nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu). „Kvalifikovaná sestra plní velmi širokou škálu ošetrovatelských činností od jednoduchých spíše pomocných prací až po vysoce náročné výkony, které by často měly přináležet lékařům“ (Staňková, M., 1996, s. 27). Sestrám ale provádění výkonů za lékaře nevádí, protože mají pocit, že se zvyšuje jejich prestiž povolání. Problém je, že sestřím skutečně nezbyde čas na provádění odborné ošetrovatelské péče. (Staňková, M., 1996, s. 27).

Dále mě zajímalo, jestli nedostatek ošetrovatelského personálu ovlivňuje kvalitu poskytované péče, předpokládala jsem, že na většině oddělení je nedostatek personálu, proto jsem se zeptala přímo a nepátrala jsem po tom, jestli na oddělení je dostatek či nedostatek personálu. Pouze 0,98 % sester odpovědělo, že nedostatek personálu nikdy neovlivňuje kvalitu péče a 7,84 % sester odpovědělo, že nedostatek personálu zřídka ovlivňuje kvalitu péče. Z ostatních odpovědí lze usoudit, že nedostatek ošetrovatelského personálu skutečně ovlivňuje kvalitu poskytované péče. Podrobné výsledky jsou zaznamenány v grafu č. 22.

Pozitivní zjištění je, že vedoucí pracovníci – vrchní sestry a staniční sestry komunikují se svými pracovníky a zajímají je jejich názory, návrhy a připomínky. Lze to usoudit z odpovědí sester, protože 17,54 % sester uvedlo, že se nadřízení o jejich názory zajímají vždy, 28,95 % sester uvedlo, že se nadřízení o jejich názory zajímají často a 29,82 % sester uvedlo, že se nadřízení o jejich názory zajímají občas. Otázkou ale je, jestli vedoucí sestry připomínky jen vyslechnou nebo provedou zlepšení organizace práce. Tuto otázku jsem srovnala s prací Zvládání psychické zátěže sestrami. Papežová (2009) zjišťovala u sester, jestli jsou přizváni managementem k rozhodování, v její práci 59 % sester uvádí, že není přizvána managementem k rozhodování a pouze 7 % sester je přizvána k rozhodování. Výsledky mého šetření dokládají vstřícnější přístup vedení, než výsledky práce Papežové.

Dále mě zajímalo, jak sestry vnímají práci na ošetrovacích jednotkách. Sester, které vnímají práci jako stále stejně intenzivní po celou směnu je 34,21 % a sester, které uvádí, že se na oddělení střídá větší množství práce s chvílemi nedostatkem činnosti, je 58,77 %. Podrobně jsou výsledky zpracovány v grafu č. 18. Z výsledků je patrné, že práce na standardních ošetrovacích jednotkách je velmi intenzivní a náročná. Z vlastní zkušenosti vím, že práci na standardním oddělení si nelze přesně naplánovat a sestry se musí neustále přizpůsobovat chodu oddělení. Určitý harmonogram práce zde existuje, ale nelze jej vždy

přesně dodržovat. Práce na oddělení je velmi pestrá a personál se musí přizpůsobovat aktuální situaci.

V grafu č. 8 je popsáno, jakým způsobem reagují sestry na pracovní zátěž. Nejčastější reakci uvádí 20,62 % sester hněv, 14,47 % sester rezignuje, 10,53 % sester uvádí vulgaritu a 10,53 % sester uvádí, že reagují apatií. Tuhle otázku jsem srovnala s prací Dostálové (2007). V jejím výzkumu uvádí 47,78 % sester jako nejčastější reakci mobilizaci sil. Odsunutí činnosti uvádí 28,89 % sester a požívání návykových látek při zvládnání stresu uvádí 10 % sester.

V otázce č. 20 jsem se ptala, jak se pracovní vypětí odráží na fyzickém stavu sester. Bolesti hlavy uvádí 22,37 % sester, únavu uvádí 23,24 % sester, podrážděnost uvádí 14,48 % sester. Gučková (2007) popisuje ve svém článku Důsledky fyzické zátěže obdobné, jako uvádí sestry, u kterých jsem prováděla šetření já. Nejčastějším zdravotním problémem jsou bolesti pohybového aparátu, únava, vyčerpání organismu, nespavost, bolesti nohou, křečové žíly, může dojít i k výhřezu meziobratlové ploténky či hernii. V práci Szlaueřové (2009) uvádí nejvíce sester (47,2 %) nejčastější zdravotní problém zatížení páteře, za to mém šetření uvádí bolesti pohybového aparátu 14,03 % sester, což je podstatně méně. Dále popisuje Szlaueřová (2009), že 27,5 % sester uvádí poruchy spánkového rytmu, kdežto v mém šetření poruchy spánkového rytmu uvádí jen 7,46 % sester.

Další věc, která mně zajímala je, kolik % sester požívá návykové látky v souvislosti s pracovní zátěží a stresem. 27,19 % sester se přiznalo, že požívá návykové látky. Na oddělení chirurgie to bylo 21,05 % sester a na oddělení interny to bylo 33,33 % sester. Sestry uváděly, že požívají alkohol, nikotin a kofein. Výsledky této otázky mě překvapily, protože jsem předpokládala, že sester, které požívají návykové látky je mnohem více.

Otázky č. 14 a 16 jsem zaměřila na odpočinek sester. Zajímalo mě, jestli sestry dostatečně odpočívají před a po práci. Z odpovědí lze soudit, že větší polovina sester - 57,02 % dostatečně odpočívá, ale 42,98 % se nedaří dostatečně odpočívát. Nejčastější důvod nedostatečného odpočinku uváděly sestry nedostatek času na odpočinek a způsoby, jakým sestry nejčastěji odpočívají, jsou spánek (23,68 %), setkání s přáteli (23,35 %), sport (13,60 %) a četba (11,84 %). V práci Papežové uvádí sestry téměř stejné způsoby odpočinku, alespoň jedenkrát týdně sestry sportují, setkávají se s přáteli, relaxují s hudbou, četbou, fyzickou prací. V práci Dostálové uvádí 17,5 % sester, že relaxuje, 15 % sester

sportuje a 10 % sester odpočívá s pomocí hudby. Z výsledků plyne, že většina sester používá stejné relaxační techniky a nejčastěji sestry odpočívají při spánku, sportu, setkávají se s přáteli a relaxují při hudbě.

Dále jsem se zaměřila na sociální zátěž. Zajímaly mne interpersonální vztahy na pracovišti mezi sestrami navzájem a taktéž mezi sestrami a vedoucími pracovníky – vrchní sestrou a staniční sestrou. Vztahy mezi sestrami na ošetrovací jednotce vnímá 42,11 % sester jako výborné, 37,72 % sester jako běžné, ale 12,28 % sester pociťuje na pracovišti konflikty. Vztahy mezi sestrami a nadřízenými sestrami jsou podle odpovědí sester lepší než vztahy mezi sestrami na ošetrovací jednotce, protože 52,63 % sester vnímá vztah s vrchní a staniční sestrou jako běžný a konflikty sester s nadřízenými uvádí jen 3,51 % sester.

Zajímaly mne také konflikty sester s pacienty. Pouze 1 sestra odpověděla, že má často konflikty se svými pacienty. 23 sester uvádí, že nemá nikdy konflikty se svými pacienty a ostatní sestry uvádí, že mají konflikty spíše občas a zřídka. Konflikty s pacienty by sestra neměla mít vůbec. Konflikt může vycházet jednak z pacientovy strany, ale také jej může vyvolat sestra, což by se nemělo stát, protože sestry se musí chovat profesionálně a předcházet konfliktům za každé situace.

Při setkání s těžce nemocnými a umírajícími lidmi prožívá 42,11 % sester pocit bezmoci a 27,19 % sester duševní tíseň. Jestliže setkání s umírajícím člověkem vyvolává u sester takové pocity, znamená to, že sestry kontakt s umírajícím pacientem emočně prožívají a nejsou citově chladné a otupělé – to by svědčilo pro výskyt syndromu vyhoření. Kontakt s umírajícím člověkem je pro sestru zdroj psychosociální zátěže. I Jobánková ve svém článku uvádí jako nejčastější zdroj psychosociální zátěže setkání sestry s umírajícím klientem a následně s jeho rodinou. Sestry jsou si na jednu stranu vědomy příčin změn ve zdravotním stavu člověka a umírání, ale neubrání se citové zranitelnosti a ztotožňování s pocity pacientů a pocity příbuzných (Jobánková, M., Kvapilová, J., 2007, s. 18).

V otázce 22 jsem se sester ptala, jak vnímají svoji práci. 92,98 % sester vnímá svoji práci jako pestrou a pouze 7,02 % sester vnímá svoji práci jako stereotypní. Důvody, proč se sestrám jeví práce, jako stereotypní uvádí sestry, že pracují mnoho let na jednom pracovišti a že mají na oddělení pacienty se stále stejnou diagnózou. Vnímání práce jako stereotypní je jeden z příznaků syndromu vyhoření. Sestra bere práci jako rutinní, pracuje

bez citu a nemocné bere jako diagnózy a ne jako pacienty. U sestry vzniká deformace osobnosti a snižuje se kvalita poskytovaných služeb (Bartošíková, I., 2006, s. 20). Jestliže sestry vnímají práci jako pestrou, naznačuje to nízký výskyt syndromu vyhoření.

Odpovědnost za svoji práci vnímá 31,58 % sester jako zvýšenou a 59,65 % sester jako velmi vysokou. Práce Dostálové nám ukazuje obdobné výsledky. Na otázku, jestli sestry vnímají zvýšenou odpovědnost za svoji práci odovědělo 13,33 % sester ano – vnímám a 50 % sester spíše ano – vnímám. Většina sester si teda myslí, že jejich povolání je spojeno s vyšší pracovní odpovědností. Vysoká pracovní odpovědnost může být taktéž jeden z faktorů psychosociální profesionální zátěže, protože vysoká odpovědnost způsobuje u některých sester napětí a stresuje je.

Dále jsem si ověřila, že sestry vnímají práci v nemocnici jako rizikovou. V mém šetření uvedlo 74,56 % sester, že vnímá rizika ohrožení vlastního zdraví při práci. Nejčastěji sestry uváděly, že vnímají riziko ohrožení zdraví infekcemi, alergiemi, syndromem vyhoření. Sestry také uváděly poranění, které můžou způsobit agresivní klienti, rozvrat denního režimu nebo poškození zdraví, které blíže nespecifikovaly. Podrobné výsledky jsou znázorněny v grafu č. 25 a grafu č. 26.

Zde jsem provedla podrobnou analýzu výsledků šetření. Výsledky jsem v praktické části zpracovala zvlášť u sester pracujících na standardním chirurgickém a interním oddělení. V grafech je znázorněna zátěž sester. K mému velkému překvapení jsem zjistila, že zátěž sester na chirurgických a interních oddělení je téměř stejná a nejsou zde patrné žádné rozdíly. Sestry na obou typech pracovišť udávaly stejné zdroje zátěže a na všechny otázky odpovídaly prakticky stejně.

Analyzovat pracovní podmínky sester v nemocnici „A“ a nemocnici „B“ bylo cílem č. 5. Tento cíl jsem splnila. Dotazník, který jsem rozdala sestřím, obsahoval otázky týkající se hodnocení pracovních podmínek. Výsledky šetření o pracovních podmínkách jsem vyhodnotila zvlášť u sester pracujících v nemocnici „A“ a zvlášť u sester, pracujících v nemocnici „B“. Hodnotila jsem 7 aspektů pracovních podmínek a to: místo k odpočinku, sociální zařízení, stravování, hluk, čistota ovzduší, technické vybavení a estetika prostředí. U každé hodnotící položky uvedu četnost nejčastějších odpovědí a výsledky srovnám ve dvou nejmenovaných nemocnicích. Místo k odpočinku hodnotí nejčastěji sestry v nemocnici „A“ jako vyhovující, jedná se o 56,14 % sester. V nemocnici „B“ sestry uvádí

nejčastější hodnocení místa k odpočinku nevyhovující a to 54,39 %. Možnosti stravování hodnotí v nemocnici „A“ 80,7 % sester jako vyhovující a v nemocnici „B“ 48,28 % sester jako nevyhovující. I já můžu z vlastní zkušenosti říct, že sestry ve většině případů nemají možnost si na oddělení kvalitně odpočinout a kultivovaně se najíst. Místo k odpočinku pro sestry je nedostačující, ošetrovací jednotky nejsou vybaveny žádnou místností pro sestry, kde by si sestry mohly o přestávce oddechnout, chvílku se zrelaxovat, či poobědvat. Sestry svačí v čajové kuchyňce ve stísněných prostorech nebo přestávku tráví na sesterně.

Sociální zařízení hodnotí v nemocnici „A“ 64,91 % sester jako vyhovující a v nemocnici „B“ hodnotí 75 % sester jako vyhovující. Podle výsledků lze tedy říct, že sociální zařízení je ve zdravotnických zařízeních vyhovující.

Hluk na ošetrovacích jednotkách hodnotí sestry v obou nemocnicích jako vyhovující. V nemocnici „A“ takto hodnotí 78,95 % sester a v nemocnici „B“ 66,67 % sester. Čistotu ovzduší na ošetrovacích jednotkách hodnotí sestry taktéž nejčastěji jako vyhovující. V nemocnici „A“ je to 54,39 % sester a v nemocnici „B“ 71,93 % sester. Při hodnocení hluku a čistoty ovzduší jsem zaznamenala vcelku dobré zjištění. Tyto položky nejčastěji hodnotí sestry jako vyhovující. Při dodržování určitého léčebného režimu a domácího řádu by se hluk na ošetrovacích jednotkách neměl vyskytovat, nemocní potřebují klid, aby se uzdravili a sestry zase potřebují klid, aby mohly nerušeně pracovat.

Hodnocení technického vybavení dopadlo hůře pro nemocnici „A“, protože větší polovina sester (54,39 %) hodnotí technické vybavení jako nevyhovující, kdežto v nemocnici „B“ hodnotí polovina sester (54,39 %) technické vybavení jako vyhovující. Estetiku prostředí hodnotí sestry v obou nemocnicích nejčastěji jako vyhovující. V nemocnici „A“ je to 50 % a v nemocnici „B“ je to 61,40 %.

Celkově lze pracovní podmínky zhodnotit jako vyhovující. Výborné pracovní podmínky uvádí jen zanedbatelné procento sester. Nejvíce nevyhovující pracovní podmínky uváděly sestry u hodnocení místa k odpočinku, stravování a technického vybavení. Lépe dopadlo hodnocení hluku, sociálního zařízení, čistoty ovzduší.

Práce na ošetrovacích jednotkách je nesnadná, proto si sestry zaslouží přinejmenším vyhovující pracovní podmínky. Výsledky šetření o pracovních podmínkách jsou podrobně rozpracovány v grafech č. 28 – 34.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala téma Psychosociální profesionální zátěž sester a pracovní podmínky. Ke zpracování teoretické části jsem využila odbornou literaturu, odborné zdravotnické časopisy a sborníky.

Teoretická část je formulována do čtyř kapitol. Popisuji zde nejčastější zdroje psychosociální zátěže sester, obecné schéma adaptačního syndromu, chování sester ve vztahu ke zdravotnické profesi a také typologii sester podle Hippokratovy teorie osobnosti. Dále se v práci zaměřuji na nejčastější zátěžové situace a nejčastější způsoby vyrovnání se s nimi. Poslední kapitolu jsem věnovala chování pacienta v nemoci a jeho psychosociálním potřebám v této náročné situaci.

V praktické části jsem se zaměřila na splnění cílů, které jsem si stanovila. Provedla jsem šetření o psychosociální profesionální zátěži sester a pracovních podmínkách. Na základě analýzy dotazníků jsem překvapivě zjistila, že zátěž sester na standardním chirurgickém a interním oddělení je srovnatelná a nejsou zde patrné žádné rozdíly. Na základě zpracovaných výsledků zde uvádím hlavní příčiny zátěže a nejčastější problémy v praxi. Psychosociální zátěž u každé sestry ovlivňuje několik skutečností, je to jednak její individuální míra frustrační tolerance, která je u sester vysoká. Sestry jsou se svojí profesí spíše spokojeny, do práce se většinou těší a práci vnímají jako pestrou, nikoliv stereotypní. Sestry dobře zvládají svoji práci, která je tak náročná. Další faktor psychosociální zátěže je management práce. Převážná většina sester je spokojena s organizací práce na ošetrovacích jednotkách, což je zvláštní, protože sestry přiznávají, že na oddělení často vykonávají práce za někoho jiného, přestože jsou dle zákona vymezené kompetence jednotlivých členů zdravotnického týmu. Jestliže sestry vykonávají práci za někoho jiného a na oddělení je navíc nedostatek personálu, dochází tak k negativnímu ovlivnění kvality poskytované ošetrovatelské péče.

Další zdroje zátěže, které jsem zjistila jsou: vysoká pracovní odpovědnost, vysoké riziko ohrožení zdraví zdravotnických pracovníků, vzájemné konflikty sester, nedostatek odpočinku při práci a v neposlední řadě setkání sestry s umírajícím klientem. Většina sester při setkání s umírajícím klientem prožívá pocity bezmoci, duševní tíseň a ztotožňuje se s pocity klienta a jeho rodiny.

Zvolila jsem si velmi aktuální téma bakalářské práce, protože stres, zátěž sester a syndrom vyhoření je problematika, která je ve zdravotnictví v dnešní uspěchané době aktuální. Na standardních ošetrovacích jednotkách je míra pracovní zátěže vysoká – dokazují to i výsledky mého šetření. Na sestry jsou kladeny vysoké požadavky ve všech oblastech a mnohdy sestrám stěžují práci nevyhovující pracovní podmínky. Na základě výsledků šetření lze konstatovat, že jsem cíle bakalářské práce splnila.

Na základě zjištěných informací zde uvádím návrh řešení nedostatků:

- supervize hlavní sestry a vrchní sestry,
- zájem nadřízeného o názory, návrhy a připomínky k organizaci práce na ošetrovacích jednotkách,
- přesné rozdělení a především dodržování kompetencí všech členů zdravotnického týmu,
- zajistit dostatek personálu na ošetrovacích jednotkách,
- naučit se říkat NE a nesnažit se plnit všechny požadavky,
- podporovat sestry v oblasti odpočinku a relaxace (sport, masáže, kulturní akce aj.).

Pro šíření osvěty o problematice psychosociální zátěže sester mezi zdravotnickou veřejností, bude o daném tématu publikován článek ve zdravotnickém odborném tisku, viz. příloha P II. Výsledky šetření o psychosociální profesionální zátěži sester a pracovních podmínkách, byly předány vedoucím zdravotnickým pracovníkům nemocnic, ve kterých jsem prováděla šetření.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P., *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2002. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TOTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I., *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
4. ČAKRT, M., *Typologie osobnosti*. Praha: Management Press, 2004. 361 s. ISBN 80-7261-112-7.
5. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., *Speciální psychologie*. Brno: NCO NZO, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-4.
6. HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.
7. JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: TRITON, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
8. KAPR, J., *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. 75 s. ISBN 80-85850-49-4.
9. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
10. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
11. MOHAPL, P., *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1988. ISBN neuvedeno.
12. MOHAPL, P., *Vybrané kapitoly z klinické psychologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1989. ISBN neuvedeno.
13. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*. Praha: Akademie věd, 2003. 336 s. ISBN 80-200-0628-1.

14. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1697-8.
15. ŘEZÁČ, J., *Sociální psychologie*. Brno: PAIDO, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
16. ŘÍČAN, P., *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada publishing, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
17. STAŇKOVÁ, M., *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
18. TUČEK, M., CIKRT, M., PELCOVÁ, D., *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2005. 325 s. ISBN 80-247-0927-9.
19. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
20. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
21. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ČASOPISY

22. BOHUTÍNSKÁ, M., *Profesionální stres u sester*. *Sestra*, 2005, 15, 10, s. 16. ISSN 1210-0404.
23. GUČKOVÁ, M., *Fyzická zátěž sester*. *Sestra*, 2007, 17, 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
24. JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J., *Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi*. *Sestra*, 2007, 17, 7-8, s. 18-19. ISSN 1210-0404.
25. KOMAČEKOVÁ, D., *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče - prevence, ochrana a podpora zdraví sestry*. *Sestra*, 2009, 19, 7-8, s. 26. ISSN 1210-0404.
26. SÝKOROVÁ, A., *Zapomeňme na mobbing, buďme hodní!* *Sestra*, 2005, 15, 1, s. 16. ISSN 1210-0404.

INTERNETOVÉ ZDROJE

27. BÁRTLOVÁ, S., JOBÁNKOVÁ, M., Metody posuzování psychosociální pracovní zátěže a jejich užití u souboru sester v českém zdravotnictví. In *Teoria, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2005 [cit. 2009-10-12]. Dostupné z WWW: <http://www.ose.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2005.pdf>.
28. DOSTÁLOVÁ, J., *Zvládání stresu a zátěže u zdravotníků* [online]. [s.l.], 2007. 94 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/142439/lf_b/Bakalarska_prace.doc?info=1&zpet=http://theses.cz/hledani/?search=zvl%C3%A1d%C3%A1n%C3%AD%20z%C3%A1t%C4%9B%C5%BEe%20a%20stresu%20u%20zdravotn%C3%ADk%C5%AF&start=1>.
29. DROZDOVÁ, R., *Zátěž profese sestry*. In *Teoria, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2005 [cit. 2009-10-12]. Dostupné z WWW: <http://www.ose.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2005.pdf>.
30. HANKLOVÁ, L., *Psychosociální pracovní zátěž a pracovní podmínky sester*. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství 2*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007 [cit. 2009-11-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.fvp.slu.cz/uo/sborniky/sbornik.pdf>>.
31. PAPEŽOVÁ, M., *Zvládání psychické zátěže sestrami* [online]. [s.l.], 2009. 146 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/e8qdop/downloadPraceContent_adipIdno_13211>.
32. SZLAUEROVÁ, K., *Náročnost povolání zdravotní sestry* [online]. [s.l.], 2009. 97 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/214708/lf_b/BAKALARSKA_PRACE_1.doc?info=1&zpet=http://theses.cz/hledani/?search=szlauerov%C3%A1%202009&start=1>.
33. *Www.help24.cz* [online]. 2001 [cit. 2010-03-04]. Psychologické profily. Dostupné z WWW: <<http://www.help24.cz/index.php?page=psychologicke-profilu>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj. a jiné

atd. a tak dále

např. například

resp. respektive

tj. to je

tzn. to znamená

tzv. takzvaně

viz. lze vidět

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Charakteristika výzkumného vzorku respondentů.....	43
Tabulka 2. Míra spokojenosti sester se svou profesí.....	44
Tabulka 3. Chodí sestry rády do práce.....	45
Tabulka 4. Profesionální chování.....	46
Tabulka 5. Spokojenost sester s organizací práce.....	47
Tabulka 6. Stresuje sestry jejich práce.....	49
Tabulka 7. Vykonávání práce, která sestřám nenáleží.....	50
Tabulka 8. Reakce na pracovní zátěž.....	51
Tabulka 9. Způsob odreagování ve volném čase.....	52
Tabulka 10. Požívání návykových látek.....	53
Tabulka 11. Kompenzace práce odpočinkem.....	55
Tabulka 12. Vnímání odpovědnosti za svoji práci.....	57
Tabulka 13. Zájem nadřízeného.....	58
Tabulka 14. Konflikty sester s pacienty.....	59
Tabulka 15. Zdravotní problémy.....	60
Tabulka 16. Charakteristika práce.....	61
Tabulka 17. Vnímání práce.....	62
Tabulka 18. Spokojenost s chováním ošetrovatelského personálu.....	64
Tabulka 19. Ovlivnění kvality ošetrovatelské péče.....	65
Tabulka 20. Vztahy mezi sestrami.....	66
Tabulka 21. Vztah sester s nadřízenými.....	67
Tabulka 22. Rizika při práci.....	68
Tabulka 23. Pocity sester při setkání s těžce nemocným.....	70
Tabulka 24. Pracovní podmínky v nemocnici A.....	71

Tabulka 25. Pracovní podmínky v nemocnici B.....72

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Míra spokojenosti sester se svou profesí.....	44
Graf 2. Chodí sestry rády do práce.....	45
Graf 3. Profesionální chování.....	46
Graf 4. Spokojenost sester s organizací práce – chirurgie.....	47
Graf 5. Spokojenost sester s organizací práce – interna.....	48
Graf 6. Stresuje sestry jejich práce.....	49
Graf 7. Vykonyávání práce, která sestrám nenáleží.....	50
Graf 8. Reakce na pracovní zátěž.....	51
Graf 9. Způsob odreagování ve volném čase.....	52
Graf 10. Požívání návykových látek – chirurgie.....	53
Graf 11. Požívání návykových látek – interna.....	54
Graf 12. Kompenzace práce odpočinkem – chirurgie.....	55
Graf 13. Kompenzace práce odpočinkem – interna.....	56
Graf 14. Vnímání odpovědnosti za svoji práci.....	57
Graf 15. Zájem nadřízeného.....	58
Graf 16. Konflikty sester s pacienty.....	59
Graf 17. Zdravotní problémy při pracovním vypětí.....	60
Graf 18. Charakteristika práce.....	61
Graf 19. Vnímání práce – chirurgie.....	62
Graf 20. Vnímání práce – interna.....	63
Graf 21. Spokojenost s chováním ošetrovatelského personálu.....	64
Graf 22. Ovlivnění kvality ošetrovatelské péče.....	65
Graf 23. Vztahy mezi sestrami.....	66
Graf 24. Vztahy sester s nadřízenými.....	67

Graf 25. Rizika při práci – chirurgie.....	68
Graf 26. Rizika při práci – interna.....	69
Graf 27. Pocity sester při sektání s těžce nemocným člověkem.....	70
Graf 28. Místo k odpočinku.....	72
Graf 29. Sociální zařízení.....	72
Graf 30. Stravování.....	73
Graf 31. Hluk.....	73
Graf 32. Čistota ovzduší.....	74
Graf 33. Technické vybavení.....	74
Graf 34. Estetika prostředí.....	75

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

P II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

P III: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

P IV: Příspěvek do časopisu

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Moje jméno je Pavla Bilavčíková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci se zabývám psychosociální zátěží zdravotních sester.

Dotazník, který máte před sebou, obsahuje otázky týkající se psychosociální zátěže zdravotních sester a jeho vyplnění by Vás nemělo stát více jak 15 minut Vašeho času.

Prosím Vás proto, abyste si těchto 15 minut našli a pomohli mi tak tuto problematiku prozkoumat. Dotazník je anonymní. Prosím Vás o co největší upřímnost při jeho vyplňování – jedná se o vědecký výzkum, ve kterém mají pravdivé odpovědi cenu.

V otázkách, kde není uvedeno jinak, Vás prosím o zakroužkování jedné správné odpovědi.

Za váš čas a pozornost předem děkuji.

1. Kolik je Vám let?

- a) 25 let a méně
- b) 26-35
- c) 36-40
- d) 41-50
- e) 51 let a více

2. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) žijící s partnerem
- e) vdova

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) vysoká škola, titul Bc.
- d) vysoká škola, titul Mgr.

4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

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

5. Jak dlouho pracujete na lůžkové ošetrovací jednotce?

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

6. Na jakém oddělení pracujete?

- a) chirurgické oddělení
- b) interní oddělení

7. S profesí zdravotní sestry jste?

- a) úplně spokojen(a)
- b) částečně spokojen(a)
- c) nejsem spokojen(a)

8. Těšíte se do práce?

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

9. Unavuje Vás při práci chovat se za každé situace profesionálně (být milá a empatická)?

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

10. Jste spokojená s organizací práce na Vaší ošetrovací jednotce?

- a) ano
- b) ne

Pokud odpovíte NE, napište důvod, proč nejste spokojena:

.....

11. Stresuje Vás myšlenka, že musíte druhý den do práce?

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

12. Vykonáváte na Vašem oddělení práce, které sestřám nenáleží?

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

13. Co ve Vás vyvolává zvýšená pracovní zátěž? (Vyberte pouze 2 nejčastější reakce)

- a) pláč
- b) hněv
- c) strach
- d) vulgarita
- e) apatie
- f) rezignace
- g) jiné (doplňte)

.....

14. Jakým způsobem nejčastěji odpočíváte ve volném čase? (Vyberte maximálně 2 možnosti)

- a) spánek
- b) sport
- c) četba
- d) práce na zahrádce
- e) setkání s přáteli
- f) poslech hudby
- g) jiné (doplňte)

.....

15. Pomáhá Vám při překonávání zátěžových situací požívání návykových látek?

- a) ano
- b) ne

Pokud odpovíte ano, vyberte, jaké látky užíváte: (lze vybrat i více odpovědí)

- a) alkohol
- b) nikotin
- c) marihuana
- d) kofein
- e) opiáty (Codein, Morfin)
- f) tlumící látky (Rohypnol, Diazepam)
- g) Lexaurin
- h) Fenobarbital
- i) Sekonal
- j) jiné (doplňte)

.....

16. Daří se Vám kompenzovat intenzivní práci dostatečným odpočinkem?

- a) ano
- b) ne

Pokud odpovíte NE, uveďte důvod nedostatečného odpočinku.

- a) nedostatek času
- b) neumím odpočívat
- c) jiné (doplňte)

.....

17. Jak vnímáte odpovědnost za svoji práci?

- a) běžná pracovní odpovědnost
- b) zvýšená pracovní odpovědnost
- c) velmi vysoká pracovní odpovědnost

18. Zajímají Vašeho nadřízeného Vaše názory, návrhy a připomínky?

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

19. Dostáváte se do konfliktu se svými pacienty?

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

20. Pociťujete při pracovním vypětí některé z uvedených příznaků? (Vyberte pouze 2 nejčastější zdravotní problémy)

- a) bolesti hlavy
- b) bolesti pohybového aparátu
- c) trávicí potíže
- d) únava
- e) podrážděnost
- f) poruchy spánku
- g) jiné (doplňte)

.....

21. Jak byste charakterizoval(a) Vaši práci na ošetrovací jednotce?

- a) práce je kontinuální, převažují běžné činnosti
- b) střídá se větší množství práce a kumulace úkolů s chvílemi nedostatku činnosti
- c) práce je stále stejně intenzivní

22. Jak vnímáte Vaši práci?

- a) stereotypní
- b) pestrou

Pokud odpovíte stereotypní, napište, proč se Vám tak jeví:

.....

23. S chováním ošetrovateľského personálu (na Vašej ošetrovacej jednotke) ke klientům jste?

- a) spokojena
- b) částečně spokojena
- c) nejsem spokojena

24. Ovlivňuje nedostatek ošetrovateľského personálu kvalitu poskytované ošetrovateľské péče?

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

25. Jak hodnotíte vztahy mezi sestrami na Vaší ošetrovacej jednotce?

- a) velmi dobré
- b) běžné pracovní vztahy
- c) přijatelné
- d) vyskytují se konflikty

26. Jak hodnotíte vztahy mezi Vámi a nadřízeným (staniční sestrou, vrchní sestrou)?

- a) velmi dobré
- b) běžné pracovní vztahy
- c) přijatelné
- d) vyskytují se konflikty

27. Vnímáte nějaká rizika, která ohrožují Vaše zdraví při práci?

- a) ano
- b) ne

Jestliže odpovíte ANO, napište, jaká rizika vnímáte:

.....

28. Setkání s těžce nemocnými a umírajícími lidmi ve Vás vyvolává? (Vyberte pouze 1 odpověď)

- a) napětí
- b) bezmocnost
- c) duševní tíseň
- d) podrážděnost
- e) jiné (napište)

.....

29. Jak byste ohodnotil(a) Vaše pracovní podmínky? (Uveďte u každé možnosti)

	výborné	vyhovující	nevyhovující
Místo k odpočinku			
Sociální zařízení			
Stravování			
Hluk			
Čistota ovzduší			
Technické vybavení			
Estetika prostředí			

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Pavla Bilavčiková
Téma bakalářské práce	Psychosociální zátěž sester a pracovní podmínky
Skupina respondentů	Všeobecné sestry
Pracoviště	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 22.2.2010



Mgr. Jitka Laholová, RN
ředitel Ústavu ošetřovatelství


Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčková nábřeží 600
762 75 Zlín

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

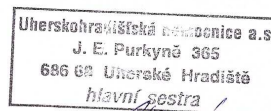
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Pavla Bilavčíková
Téma bakalářské práce	Psychosociální zátěž sester a pracovní podmínky
Skupina respondentů	Všeobecné sestry
Pracoviště	Uherskohradišťská nemocnice a. s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 22.2.2010


Mgr. Jitka Laholová, RN
ředitel Ústavu ošetřovatelství



Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: PŘÍSPĚVEK DO ČASOPISU

Psychosociální profesionální zátěž sester a pracovní podmínky

Pavla Bilavčíková, Mgr. Michaela Karafiátová

Pojmy stres, zátěž sester a syndrom vyhoření jsou problematikou, která je v dnešní uspěchané době velmi aktuální. Ve zdravotnictví se o těchto tématech hodně mluví a píše, ovšem široká veřejnost si neumí moc dobře představit, jak obtížná je práce zdravotní sestry. Lidé, kteří nepracují ve zdravotnictví, mají o práci sestry pouze zkreslené laické představy, které plynou například z jejich návštěv zdravotnických zařízení.

Problematiku psychosociální zátěže sester a hodnocení pracovních podmínek jsem si vybrala jako téma svoji bakalářské práce. Zátěž v profesi zdravotní sestry bezesporu existuje. Sestry se již během vzdělávání musí naučit velké množství teoretických vědomostí, praktických dovedností a všechny tyto svoje poznatky musí později využívat v praxi. Musí umět správně komunikovat s klienty a vždy vystupovat profesionálně. Sestra může vnímat jako zatěžující i bezvýznamný podnět, protože při zvládání stresu záleží na individuální míře frustrační tolerance každé sestry, která je různá. A co ještě stěžuje sestřím práci? Jsou to pracovní podmínky, které jsou na ošetrovacích jednotkách mnohdy nevyhovující.

Metodika práce

V praktické části bakalářské práce jsem provedla šetření o pracovní psychosociální zátěži sester a pracovních podmínkách. Výzkum jsem prováděla ve dvou nejmenovaných nemocnicích na standardních chirurgických a interních ošetrovacích jednotkách. Jako metodiku šetření jsem použila dotazník, který byl určen pro zdravotní sestry a byl anonymní. Výsledky jsem zpracovala ze 114 správně vyplněných dotazníků, přičemž 57 dotazníků bylo z chirurgického oddělení a 57 dotazníků z interního oddělení.

Prvotním cílem práce bylo porovnat psychosociální zátěž sester na chirurgickém a interním oddělení, ale na základě zpracovaných výsledků jsem překvapivě zjistila, že zátěž sester na obou typech oddělení je srovnatelná a nejsou zde patrné žádné rozdíly.

Některé výsledky šetření mě mile potěšily a to zejména kladné hodnocení práce sestrami.

- sestry se většinou do práce těší,
- práce sestry baví a jsou s ní spokojeny,
- sestry vnímají svoji práci jako pestrou, nikoliv stereotypní,
- sestry jsou spokojeny s organizací práce na ošetrovacích jednotkách.

Především bych ale chtěla poukázat na nejčastější zdroje zátěže a problémy v ošetrovatelské praxi.

- profese sestry s sebou nese velké riziko ohrožení zdraví, především sestry uvádí riziko vzniku infekce, alergie, rozvrat denního režimu, ale také poranění agresivními klienty,
- profese sestry je spojena s vysokou pracovní odpovědností – zvláště za svěřené nemocné,
- sestry nestíhají dostatečně odpočívat před a po práci,
- nedostatek ošetrovatelského personálu často negativně ovlivňuje kvalitu poskytované péče,
- sestry při ošetrování umírajících klientů prožívají pocity bezmoci, duševní tíseň a ztotožňují se s pocity klientů a rodiny,
- sestry přiznávají, že často vykonávají práci za ostatní členy zdravotnického týmu.

Uvedla jsem zde nejčastější situace, které se denně vyskytují na ošetrovacích jednotkách a stresují zdravotnické pracovníky. Sociální zátěž způsobují špatné interpersonální vztahy na pracovišti (vztahy sester navzájem, vztah sestry s vrchní a staniční sestrou, vztah sestry s pacientem a jeho rodinou). V neposlední řadě je pro sestru stresující její vztah s lékařem. Týmová orientace práce sestry je jeden z charakteristických rysů moderního ošetrovatelství. Zdravotnický tým pečuje o nemocné a každý člen má přesně vymezené kompetence. Sestra není jen asistentka lékaře, jak jsme byli zvyklí v dřívějších dobách, ale pracuje samostatně v souladu se svým ošetrovatelským procesem. Není ale výjimka, že lékaři přenášejí své kompetence na sestru. Dokazují to výsledky mého šetření a také jsem tuto skutečnost pozorovala na oddělení během mé praxe. Jestliže je na oddělení nedostatek personálu a sestra navíc vykonává práci za jiné členy týmu (nemyslím tím jen lékaře), je pochopitelné, že kvalita poskytované péče je negativně ovlivněna.

Je to začarovaný kruh. Sestra je pod tlakem, protože je povinna plnit ordinace lékaře, nesplní-li je, může poškodit pacienta, za kterého je odpovědná.

Dalším cílem práce bylo zjistit, jak sestry vnímají pracovní podmínky. Hodnotila jsem sedm aspektů pracovních podmínek a srovnala je ve dvou nemocnicích. Nejhůře sestry hodnotily místo k odpočinku, stravování a technické vybavení. I já můžu z vlastní zkušenosti říct, že místo k odpočinku pro sestry je nedostačující, ošetrovací jednotky nejsou vybaveny žádnou místností pro sestry, kde by si sestry mohly o přestávce oddechnout, chvíli se zrelaxovat nebo poobědvat. Sestry svačí v čajové kuchyňce ve stísněných prostorech nebo přestávku tráví na sesterně.

Na standardních ošetrovacích jednotkách je míra pracovní zátěže vysoká – dokazují to i výsledky mého šetření. Na sestry jsou kladeny vysoké požadavky ve všech oblastech a jak už bylo řečeno, mnohdy sestrám stěžují práci nevyhovující pracovní podmínky. Otázkou ale zůstává, jak můžeme tuhle situaci změnit...