

Prevence psychických zátěžových situací sester

Veronika Klimešová

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika KLIMEŠOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Prevence psychických zátěžových situací sester**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit zátěžové situace.

Definovat jednotlivé druhy fyzických a psychických zátěžových situací.

Popsat jednotlivé psychické zátěžové situace ve vztahu sestry a klient.

Vymezit jednotlivé psychické zátěžové situace ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí.

Definovat jednotlivé psychické zátěžové situace sestry ve vztahu k jejímu soukromí a způsobu života.

Popsat prevenci psychických zátěžových situací a duševní hygienu sestry.

V praktické části vymezit cíle a hypotézy pro bakalářskou práci.

Provést dotazníkové šetření na vybraných pracovištích.

Vyhodnotit výsledky dotazníků.

Vytvořit informační materiály pro vedoucí pracovníky.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení. 1.vydání. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5
2. JOBÁNKOVÁ, M. A KOL. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 2.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 225s. ISBN: 80-7013-365-1
3. BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1.vydání. Brno: NCONZO, 2006. 86s. ISBN 80-7013-439-9
4. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1.vydání. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
5. MALCOLMOVÁ, L. Jak žít zdravě a bez stresu. 1.vydání. Bratislava: PERFEKT, 2003. 164s. ISBN 80-8046-239-9
6. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1.vydání. Praha: Grada, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Monika Dlesková

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

5. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

5. června 2009

Ve Zlíně dne 5. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
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 prezenčnímu 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 25.2.2009

Veronika Klimentová

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 nevydělčně 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 nahlížení 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.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

V závěrečné bakalářské práci se zabývám problematikou prevence psychických zátěžových situací sester. Bakalářská práce má dvě části, část teoretickou a praktickou.

V teoretické části se zaměřuji na vymezení zátěžových situací. Definuji jednotlivé druhy fyzických a psychických zátěžových situací. Zabývám se popisem psychické zátěžové situace ve vztahu sestry a klienta, ve vztahu sestry, spolupracovníků a pracovního prostředí a ve vztahu sestry k jejímu soukromí a způsobu života. Na konci teoretické části se zaměřuji na prevenci psychických zátěžových situací a duševní hygienu sestry.

Praktickou část tvoří analýza dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření jsem se rozhodla zaměřit na standardní oddělení a ambulantní sféru. Při dotazníkovém šetření byly dotazovány všeobecné zdravotní sestry pracující na standardním chirurgickém oddělení, standardním interním oddělení, v léčebně dlouhodobě nemocných a ambulancích. Cílem bylo zjistit, s jakými psychickými zátěžemi se setkávají, které situace považují za nejvíce psychicky náročné a zda provádějí nějaké preventivní opatření. Výsledky šetření jsou zpracovány do tabulek a grafů.

Klíčová slova:

zátěžové situace, psychická zátěž, sestry, prevence, duševní hygiena

ABSTRACT

In my bachelor work I deal with the issue of prevention nurses' psychical stressful situations. The work is made up of two parts, theoretical and practical.

In the theoretical part I focus on the definition of stressful situations. I define different types of physical and psychical stressful situations. I give a description of psychical stressful situation in relation the nurse and the client, in relation the nurse, the co-workers and the working environment and in the nurse's relation to their privacy and way of life.

The practical part contains an analysis of the results of author's survey. I decided to focus the survey on regular wards and ambulatory area. I enquired general nurses working in regular hospital wards, regular internist wards, institutions for long-term patients and ambulances. The aim was to discover what psychically stressful situations they encounter, which situations they find the most psychically demanding and whether they

carry out any precautionary measures. The results of the survey have been processed into charts and diagrams.

Keywords:

stressful situations, psychical stress, nurse, prevention, mental hygiene

Poděkování

Srdečně děkuji Mgr. Monice Dleskové za vedení bakalářské práce, za cenné informace, připomínky, rady a nápady. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi vyplnili dotazníky, a všem, kteří se podíleli na poskytování rad a informací v bakalářské práci. Nakonec bych chtěla poděkovat svoji rodině za podporu a trpělivost.

Ve Zlíně 5.6.2009

.....

Motto:

„ Učený člověk má své bohatství vždy v sobě. “ ^[34]

Phaedrus

OBSAH

ÚVOD	13
I TEORETICKÁ ČÁST	15
1. ZÁTĚŽOVÉ SITUACE	16
1.1 DRUHY ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ.....	16
1.1.1 Běžná zátěž.....	16
1.1.2 Zvýšená zátěž	17
1.1.3 Hraniční zátěž.....	17
1.1.4 Extrémní zátěž.....	17
1.2 REAKCE LIDÍ NA ZÁTĚŽOVÉ SITUACE	18
1.2.1 Agrese.....	18
1.2.2 Negativismus	19
1.2.3 Regrese	19
1.2.4 Fixace	20
1.2.5 Projekce.....	20
1.2.6 Racionalizace	21
1.2.7 Únik.....	21
1.2.8 Identifikace neboli ztotožnění se.....	22
1.2.9 Kompenzace	22
1.2.10 Rezignace	23
1.2.11 Represe	23
1.2.12 Disociace	23
1.2.13 Egocentrismus	23
1.2.14 Izolace	24
1.2.15 Opačné reagování	24
1.2.16 Přesunutí.....	24
1.2.17 Trestání sebe sama	24
2 ZATĚŽOVÉ SITUACE VE ZDRAVOTNICTVÍ	26
2.1 ZÁTĚŽ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	26
2.2 FYZICKÉ ZÁTĚŽE V PRÁCI SESTRY	26
2.3 PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE V PRÁCI SESTRY	29
2.4 CHARAKTERISTIKY JEDNOTLIVÝCH ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ A JEJICH PŮSOBENÍ	31
2.4.1 Frustrace	31
2.4.2 Konflikt	31
2.4.3 Trauma	32
2.4.4 Krize	32
2.4.5 Deprivace	33
2.4.6 Stres.....	34
2.4.6.1 Definice.....	34
2.4.6.2 Charakteristika stresových situací.....	34
2.4.6.3 Fáze stresu.....	35
3 TYPY PSYCHICKÝCH ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ	37

3.1	ZÁTĚŽE VE VZTAHU SESTRA A KLIENT	37
3.1.1	Úmrtí a smrt klienta	37
3.1.1.1	Umírání	37
3.1.1.2	Fáze podle Kübler-Rosové.....	38
3.1.1.3	Nejdůležitější potřeby umírajících.....	38
3.1.1.4	Obavy umírajících klientů.....	39
3.1.1.5	Poradenství rodině umírajícího klienta.....	39
3.1.1.6	Smrt klienta a péče o mrtvé tělo	39
3.1.2	Dlouhodobě nemocný klient - „chronický klient“	41
3.1.2.1	Rysy a chování klientů.....	41
3.1.2.2	Vztahy ošetřujícího zdravotnického personálu k těžce nemocným klientům	41
3.1.2.3	Zásady psychologického přístupu k těžce nemocným	42
3.1.3	Péče o seniory.....	42
3.1.4	Komunikace ve zdravotnictví.....	43
3.1.4.1	Neverbální komunikace	43
3.1.4.2	Verbální komunikace	44
3.1.4.3	Zásady správné komunikace mezi sestrami a klienty	45
3.1.4.4	Druhy rozhovorů	46
3.1.4.5	Komunikace s agresivním klientem.....	46
3.1.4.6	Komunikace s depresivním klientem.....	47
3.1.4.7	Komunikace s úzkostným klientem	47
3.1.4.8	Komunikace s vážně nemocným klientem, „chronickým klientem“ a umírajícím klientem	48
3.1.5	Sdělování špatné diagnózy	48
3.1.5.1	Příprava na setkání.....	49
3.1.5.2	Průběh setkání.....	49
3.2	ZÁTĚŽE VE VZTAHU SESTRA A KOLEKTIV	49
3.2.1	Týmová spolupráce	49
3.2.2	Kritika a pochvala	50
3.2.3	Neoblíbený pracovník	50
3.2.4	Ohrožení pracovního místa	50
3.3	SESTRA A JEJÍ SOUKROMÍ.....	51
4	OSOBNOST SESTRY	52
4.1	OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY SESTRY	52
4.2	ROLE SESTRY V MODERNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ.....	52
4.3	NÁPLŇ PRÁCE SESTRY	53
5	PREVENCE	54
5.1	VÝŽIVA	54
5.1.1	Individuální výběr potravin	54
5.1.2	Příjem bílkovin - proteinů	54
5.1.3	Příjem cukrů - sacharidů	54
5.1.4	Příjem vitamínů.....	55
5.1.5	Zásady správného stravování	55
5.1.6	Tekutiny	56

5.2	SPÁNEK	56
5.2.1	Organizace spánku	56
5.2.2	Hlavní příčiny rušení spánku.....	57
5.2.3	Doporučení ke zdravému spánku	57
5.2.4	Zásady spánku	58
5.3	POHYBOVÁ AKTIVITA A CVIČENÍ.....	58
5.3.1	Pohybová aktivita, cvičení a zdraví.....	58
5.3.2	Druhy cvičení	59
5.3.3	Zásady správného pohybu	59
5.4	DRAMATERAPIE.....	60
5.4.1	Definice dramaterapie	60
5.4.2	Formy dramaterapie	60
5.4.3	Psychodrama	60
5.5	ARTETERAPIE	61
5.5.1	Definice arteterapie	61
5.6	MUZIKOTERAPIE.....	61
5.6.1	Definice muzikoterapie	61
5.6.2	Formy muzikoterapie	61
5.7	MEDITACE.....	61
5.7.1	Druhy meditace	62
5.7.2	Jak s meditací začít.....	62
5.8	AKUPRESURA	62
5.9	AKUPUNKTURA	62
5.10	MASÁŽ A AUTOMASÁŽ	63
5.10.1	Techniky masáží.....	63
5.10.2	Celkový postup při masáži těla	63
5.10.3	Zásady pro masáž	64
5.10.4	Kdy není masáž vhodné provádět	64
5.10.5	Automasáž.....	64
5.11	JÓGA	64
5.11.1	Výživa u jógy	64
5.11.2	Čas.....	65
5.11.3	Místo	65
5.11.4	Zásady pro provádění jógy	65
5.12	PSYCHOTERAPIE.....	65
5.12.1	Druhy psychoterapií	65
5.13	HYPNÓZA	66
5.13.1	Definice hypnotické indukční procedury dle H. Spiegla.....	66
5.13.2	Provádění hypnózy	66
5.14	AUTOGENNÍ TRÉNINK	67
5.14.1	Kroky autogenního tréninku.....	67
5.14.2	Účinky autogenního tréninku	68
5.14.3	Léčebné využití autogenního tréninku	68

5.15	AROMATERAPIE.....	68
5.16	DUŠEVNÍ HYGIENA	68
II	PRAKTICKÁ ČÁST	70
6	CÍLE A HYPOTÉZY PRŮZKUMU.....	71
6.1	CÍLE	71
6.2	HYPOTÉZY.....	71
7	METODIKA PRÁCE.....	73
7.1	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	73
7.2	METODA PRÁCE.....	74
7.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	74
7.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	75
7.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	76
7.6	POPIS METODY.....	77
7.6.1	Kritická hodnota testovaného kritéria x^2	78
8	ANALÝZA A STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ, OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ	79
8.1	KONTAKTNÍ OTÁZKY	79
8.2	STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ OTÁZEK Z DOTAZNÍKU DLE VYTYČENÝCH HYPOTÉZ.....	85
8.2.1	Cíl č.1	85
8.2.1.1	Hypotéza č. 1	85
8.2.2	Cíl č. 2	106
8.2.2.1	Hypotéza č. 2	106
8.2.2.2	Hypotéza č. 3	114
8.2.3	Cíl č. 3	124
8.2.3.1	Hypotéza č. 4	124
9	DISKUZE.....	142
9.1	ZHODNOCENÍ DOSAŽENÝCH VÝSLEDKŮ.....	142
10	NÁVRHY PRO ZLEPŠENÍ PROBLEMATIKY VZTAHUJÍCÍ SE K VÝSLEDKŮM VÝZKUMU	155
	ZÁVĚR	157
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	159
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	164
	SEZNAM GRAFŮ	165
	SEZNAM TABULEK.....	167
	SEZNAM PŘÍLOH.....	171

ÚVOD

Zátěžové situace se vyskytují u všech pomáhajících profesí. Mezi jedny z nejrozšířenějších pomáhajících profesí, kde dochází k projevům psychických i fyzických zátěžových situací, je práce všeobecných zdravotních sester. Tato práce vyžaduje přesné a jasné rozhodování, dobré soustředění, empatii, ochotu a lidský přístup ke klientům. V tomto oboru nejsou tolerovány žádné závažné chyby, které by mohly vést k ohrožení lidského života nebo dokonce k úmrtí klienta.

Prevence psychických zátěžových situací je důležitá a velmi rozsáhlá. Mezi hlavní složky, které zde jsou, patří potřeba dodržovat správnou životosprávu, mít kvalitní a vydatný spánek a dostatečnou pohybovou aktivitu a sportovní činnost. Správná prevence se ale neobejde i bez dalších významných zdrojů a zájmů všeobecných zdravotních sester. Do zájmu sester mohou patřit dramaterapie, arteterapie a muzikoterapie, meditace, odreagování a masáž. Pro všeobecné zdravotní sestry je potřebná i správná duševní hygiena.

Tímto tématem se ve své závěrečné bakalářské práci zabývám, protože si myslím, že je to téma velmi aktuální a pořád hodně diskutované. V teoretické části popisuji jednotlivé zátěže s jejich podrobnějším rozdělením. Dále v teoretické části uvádím jednotlivé druhy psychických zátěžových situací a seznamuji s možnostmi různých preventivních opatření.

V praktické části, kterou jsem provedla pomocí dotazníkového šetření, jsem zjišťovala, s jakými psychickými zátěžemi se sestry nejčastěji na svých odděleních setkávají. Dotazníky jsem rozdala ve dvou velkých nemocnicích, abych získala dostatečný počet respondentů a výsledky z dotazníků byly co nejobjektivnější. Dotazníkové šetření jsem prováděla v nemocnici KNTB, a.s. a FN Brno Bohunice. Mé zaměření bylo na standardní interní oddělení, chirurgické oddělení, oddělení LDN, geriatrické oddělení a ambulance. Porovnávala jsem, jak se tyto zátěže liší mezi jednotlivými odděleními. Dále jsem zjišťovala, zda všeobecné zdravotní sestry provádějí nějakou prevenci proti psychickým zátěžovým situacím a zda se na jednotlivých pracovištích provádějí nějaká preventivní opatření. Zajímala jsem se i o to, zda se sestry zajímají o problematiku prevence psychických zátěžových situací.

Výstupem mé bakalářské práce je vytvoření informačních brožur pro vedoucí pracovníky, kde je informuji o možnostech prevence a navrhuji vhodná doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

Život je neustálou adaptací na měnící se životní podmínky, které jej neustále utvářejí. Adaptace člověka trvá od narození až do smrti a dala by se také vyjádřit jako vyrovnání se nebo jako obnovení rovnováhy. V tom je obsaženo, jak obnovování fyzické rovnováhy, tak i obnovování vnitřní rovnováhy organismu. Adaptace se dá rozdělit na adaptaci pasivní - to je přizpůsobení se a také na adaptaci aktivní - to je přizpůsobování si. Zátěžové situace tvoří úplnou přirozenost našeho běžného života. Zátěž pro člověka může ale mít v určité míře i pozitivní význam. Taková zátěž může člověka pozitivně motivovat a stimulovat k lepším výkonům. ^{[10] [28]}

Každý člověk se každodenně dostává do situací, ve kterých musí řešit komplikované problémy, prožívá zklamání, neúspěch, konflikty... Pokud se však překážky stanou neúměrně velkými, může dojít k zhroucení adaptace. Důsledek zhroucení se odrazí na zdravotním stavu a chování člověka. Všechny tyto situace by se daly označit jako zátěžové. ^[10]

„Jak uvádějí Höschl a Šimek lze o psychické zátěži souhrnně hovořit jako o náročných životních situacích, se kterými se člověk vyrovnává technikami odvozenými buď od agrese nebo od úniku a které mohou mít na jeho zdraví různý dopad. „ ^[28]

Odolnost vůči zátěžovým situacím je ovlivněna především vrozenými vlastnostmi organismu, kdy platí, že nečinný člověk je více ohrožen zátěžovou situací. Lidé, kteří jsou aktivní a energičtí, se mohou lépe se zátěžovými situacemi vyrovnat. Další činitelé, kteří se podílejí na tom, jak zvládneme zátěž, jsou: věk, intelekt, životní zkušenosti, akutní stav organismu, společenské okolnosti a pracovní činnosti. Pokud se člověk dokázal se zátěží dobře vyrovnat již v minulosti, zvyšuje to jeho odolnost. ^[10]

1.1 Druhy zátěžových situací

„Zátěž vzniká z nerovnováhy mezi jedincem a prostředím . Můžeme ji vyjádřit například podle míry nelibosti nebo podle požadavků, které na člověka klademe.“ ^[10]

1.1.1 Běžná zátěž

Zahrnuje zvládání běžných úkolů, se kterými se člověk setkává při svém každodenním životě a činnosti. Jsou komplikovány drobnými překážkami. Mohou sem patřit drobné

nehody všedního dne, chyby, nedorozumění nebo zanedbatelné ztráty. Řešení těchto situací nedělá člověku problémy a dokáže je vyřešit bez větší námahy. ^{[10] [28]}

1.1.2 Zvýšená zátěž

Zvýšené zátěže se projevují při řešení nových, neobvyklých situacích, s nimiž se jedinec ještě nesetkal, které mohou být nečekané nebo něčím neobvyklé. Musí při nich zmobilizovat všechny své síly, překonává určité překážky, aby získal nové zkušenosti. Řešení této zvýšené zátěže, je člověk schopen zvládat bez psychických nebo fyzických následků. ^{[10] [28]}

1.1.3 Hraniční zátěž

Hraniční zátěže jsou definovány opakujícími se obtížnými podmínkami. Jedinec tyto situace dokáže zvládat pouze s krajním vypětí svých sil. Projevuje se u něho nevyváženost některých psychických a fyzických funkcí. Může dojít až k vnitřnímu rozkolísání, které může vést ve hledání pomoci např. v alkoholu, gamblerství. Postupně dochází k postupnému selhávání adaptačních možností. Selhání adaptačních možností se může projevit různě, např. apatie, stavy psychického napětí, dlouhodobá nečinnost, emoční vzrušení. Pokud zátěž netrvá příliš dlouho, dochází k normalizaci stavu. Ovšem, pokud tato situace trvá nepřiměřenou dobu a příliš dlouho, dochází k trvalým změnám v psychice jedince. ^{[10] [28]}

1.1.4 Extrémní zátěž

Extrémní zátěž je označována jako velmi silné působení zátěže. Při tomto působení zátěže není jedinec schopen na danou vzniklou situaci adekvátně reagovat, a proto jí podléhá. Při jakékoliv této situaci nastává v organismu jedince celková jeho aktivizace. Tato aktivizace se projevuje zrychleným tepem a dechem, emoční labilitou nebo zvýšeným pohybovým neklidem, strachem, úzkostí, nejistotou, mlčením. Při každé zátěžové situaci se vyskytují dva druhy protichůdných prvků. Prvky přízpůsobivé, které zvládání zátěže napomáhají, a na straně druhé se zde uplatňují i prvky patologické, které vedou k nezvládnutí zátěže. ^[10]

1.2 Reakce lidí na zátěžové situace

Dostane-li se jedinec do nějaké nové situace nebo nového prostředí, nastává v organismu řada pochodů, které mu pomáhají se s danou situací lépe vyrovnat. Když nastanou problémové zátěžové situace, mohou se aktivizovat obranné mechanismy, které pomáhají jedincům vyrovnat se s danou novou situací. Často dochází i k aktivaci obranných mechanismů, které vedou k zabránění tomu, aby byl jedinec schopen se adekvátně přizpůsobit. To je pak označováno jako neadaptivní chování, nebo-li maladaptace. Maladaptace znamená špatné, nepříznivé přizpůsobení se na danou zátěžovou situaci.^[10]

Neadaptivní chování situaci značně komplikuje a nevede k účelnému, reálnému a cílenému řešení dané situace. Lze ho také označit jako jednání nesrozumitelné a nepochopitelné. Vyznačuje se nepřiměřeností a nepřiléhavostí. Nelze přesně vysvětlit proč se každý jedinec přizpůsobuje jinak. Při jeho přizpůsobování se uplatňují vrozené dispozice a společenské podmínky.^{[10] [28]}

Tyto jednotlivé formy reakcí se v životě jedinců různým způsobem navzájem prolínají doplňují, kombinují a mění. Zdravotní pracovníci se s těmito formami reakcí setkávají každodenně při své práci. Proto by zdravotníci měli být schopni připraveni čelit těmto problémovým situacím a pomáhat jedincům s jejich řešením.^{[10] [28]}

1.2.1 Agrese

Může se projevit u všech, jak u dětí, tak i u dospělých. Jde o určitý útočný čin, který je směřován proti zdroji vyvolávající potíže. Může mít různé formy a projevy: křik, zlost, záchvaty vzteku, fyzické násilí, ironie, mimická gesta, urážky, vyhrožování, mluvení, nápadný hlasitý smích, vyrušování, nošení nápadného líčení, výstředního oblečení a účesu.

Agrese má několik druhů, mezi které patří:

- přímá agrese - může obsahovat: bití, ničení nebo nadávky
- přenesená agrese - kdy dochází k přesunutí zloby na jiný objekt, na jinou věc nebo na jiného člověka
- autoagrese - znamená obrácení zloby vůči sobě, kdy se jedinec dobrovolně sám trestá, někdy může dojít až k sebevražednému vyhocení situace. Častěji se může autoagrese vyskytovat u jedinců psychiatricky nemocných nebo u těch, co užívají drogy.

Můžeme se ovšem s ním i setkat v běžných situacích, kdy sami sebe obviňujeme ze situace, které jsme nijak nemohli zabránit a předejít jí.

- zadržovaná agrese - jedná se o určitý typ potlačené agrese, kdy jedinec sice vyhrožuje, ale své výhrůžky nijak dál neuskutečňuje. ^{[10] [28]}

1.2.2 Negativismus

Nejčastěji se s ním můžeme setkat u dětí, které se brání tomu, aby jim nebyly vnucovány požadavky nebo nebyla omezována jejich samostatnost. Za toto vzdorovité chování dítě bývá většinou trestáno, ale pro něj se stane největší odměnou to, že dospělým ukázalo svoji sílu a přivedlo je do afektu.

U dospělého jedince se jedná o projev vedoucí většinou k dosažení větší samostatnosti nebo se také může jednat o projev bezradnosti. Někdy se může tento projev u jedince vyskytnout v mírnější formě, „*např. v diskuzi odporuje vždy za každou cenu, nebo v jakékoliv situaci musí mít námitku.*“ ^[21]

Jedinec dělá přesně pravý opak toho, co je po něm žádáno. S tímto jedincem je velice složitá spolupráce, a proto je těžké u tohoto jedince dodržet například léčebný řád v nemocnici. Negativismus se dělí na:

- aktivní negativismus - kdy jedinec dělá přesně pravý opak toho, co je po něm žádáno
- pasivní negativismus - kdy jedinec nedělá nic, na pokyny nereaguje. ^{[10] [21]}

1.2.3 Regrese

Znamená návrat k vývojově primitivnějšímu chování, kdy se jedinec vrací k projevům, které si osvojil v dřívějším vývojovém období. Můžeme se s tímto typem chování setkat převážně u dětí, kde se může projevat různými způsoby.

Např. dítě, které už se nepomočovalo, se začne znovu pomočovat. Dítě, které se již úplně samo zvládlo najíst, vyžaduje, aby jej někdo krmil. Často je tento typ chování pozorován u předškolních dětí, kterým se narodil sourozenec.

S podobným typem chování se můžeme setkat i u dospívajících nebo dospělých jedinců, kteří se mohou např. navrátit k četbě dětských knížek nebo si mohou do nemocnice k hospitalizaci přinést hračky. Ovšem tento typ chování nebývá trvalý a opět se navrácí ke své normě.

Toto chování lze také pozorovat u lidí, kteří si přetvoří hierarchii svých hodnot. Na prvním místě začnou prosazovat pouze základní fyziologické potřeby, kam patří: jídlo, vyprazdňování, klid, teplo. Ostatní vyšší potřeby je přestávají v daný okamžik zajímat. ^{[10] [21] [28]}

1.2.4 Fixace

Může znamenat, že se jedinec zastaví na určitém způsobu chování při uspokojování určité potřeby, nebo se u něj bude projevovat určitý způsob chování vůči jiné osobě. Ale také může znamenat zastavení vývoje jedince. Jedinec není schopen se přizpůsobit dané nově vzniklé situaci, problémy řeší stále stejným způsobem a není schopen řešit problém jinak, i přesto, že se ukázalo, že způsob řešení je neúčinný.

Např. matka se ke svému dítěti může chovat stále jako k malému, i když je už její dítě dávno dospělým jedincem. Nebo v nemocnici může dojít k tomuto projevu chování, pokud zdravotnický personál vždy jedná a chová se naučeným způsobem a nebere ohled na aktuální skladbu klientů na oddělení. ^{[10] [21]}

1.2.5 Projekce

Projekci lze popsat jako určitou ochranu před přiznáním si vlastních chyb. Svoje chyby nebo viny za svůj čin, kterého jsme se dopustili, proto svádíme na jinou osobu. Nebo také můžeme své vlastní názory, myšlenky přisuzovat jiným lidem.

Např. Děti často svádí vinu na druhé, aby se mohly vyhnout trestu. Ovšem i dospělý jedinci často připisují svoje vlastní chyby ostatním lidem. Tuto techniku většinou využívají lidé, kteří byli v mládí často trestáni.

Dalším příkladem může být nemocný jedinec, který není schopen se vyrovnat se svou nemocí, proto často přisuzuje svou nemoc třeba vnějším vlivům, jako přetěžování pracovními nebo rodinnými úkoly, které vedly až ke zhroucení organismu. Např. Zaměstnavatel po něm požadoval tolik práce, až dotyčný dostal infarkt. Projekce zde proto působí jako obranný mechanismus, který jedinci pomáhá zbavit se jeho úzkosti. ^{[10] [21] [28]}

1.2.6 Racionalizace

Znamená, že jedinec je schopen sám sobě vysvětlit, proč tak v dané situaci jedná. Může si i sám snížit význam cíle, kterého chtěl dosáhnout, protože se mu to nepodařilo. Racionalizace tedy znamená rozumové vysvětlení problému či neúspěchu, kdy sám sebe před sebou a před ostatními omlouvá.

Jedinec je schopen sám sebe přesvědčit, že výsledky jeho vyšetření jsou v pořádku a není tedy žádný důvod, proč by měl přestat kouřit. Racionalizace je tedy schopna snížit pocit neúspěchu a viny.

Např. sami sobě rozumově zdůvodníme útek z místa dopravní nehody, když se někoho při rozhovoru dotkneme nevhodnou poznámkou a svůj postup vysvětlíme tím, že jsme chtěli pouze sdělit pravdu. Dalším příkladem je jedinec, který nedostuduje vysokou školu a odůvodní to tak, že ho to ve skutečnosti stejně nebavilo a že na to ani nepotřebuje mít žádný doklad.

Racionalizací může být zdůvodňování i velmi nežádoucí, které může obsahovat i protisociální postoj. Např. dítě si vezme hračku jiného dítěte, aniž by se ho před tím zeptalo. Tento svůj čin potom odůvodní tím, že druhé dítě si už s hračkou nehrálo.
[10] [21] [28]

1.2.7 Únik

Můžeme jej zařadit jako jednu z nejvíce používaných forem nesprávného chování. Je obecnou odezvou na to, kdy situace je nejvíce zátěžová a kdy se potřebujeme co nejrychleji z dané situace dostat.

Jsou známy různé druhy úniku:

- „*útěk z místa ohrožení, z ordinace, obchodu, z nemocnice na revers*
- *verbální únik - výmluva, únik, gestikulace*
- *únik do nemoci*
- *sebevražedné jednání*
- *únik do narkotizace sebe sama (drogy, alkohol)*
- *únik do fantazie, bdělé snění*
- *únik do literatury, filmu, ztotožnění se s hrdinou“* [10]

Další formou úniku může být únik ze života, v tomto případě jedinec prožívá svoji vlastní situaci, např. úmrtí blízkého člena rodiny, jako tak neřešitelnou a bezvýchodnou, že se rozhodne pro ukončení života. ^{[10] [28]}

1.2.8 Identifikace neboli ztotožnění se

Vlastnosti, které mají jiní lidé přisuzujeme sobě, můžeme se také s těmito jedinci přímo chtít ztotožnit. Tato identifikace může být na úrovni jednání i fantazie, jedinec se snaží najít

oporu v silné osobnosti, nebo v silné skupině, protože je často velice nejistý. Pro jedince, který se chce ztotožnit, je to pozitivní okamžik, posiluje ho k činnosti a dodává mu sebevědomí.

Např. ve zdravotnictví se s těmito jedinci můžeme velmi často setkat. Projevy identifikace poznáme tím, že jedinec zdůrazňuje, jak moc se zná s lékaři, nebo mezi ostatními spolupacienty zdůrazňuje své postavení.

Dalším příkladem může být dítě, které se chlubí postavením svého otce a dárky, které mu otec dává. Může se chlubit i tím, že má staršího bratra a ten každého, kdo se dítěti znelíbí, přepere. ^{[10] [21]}

1.2.9 Kompenzace

Znamená situace, kdy dochází k vzájemnému vyrovnání nebo poskytnutí náhrady, což znamená, že jedinec neúspěšný v jedné oblasti dělá vše pro to, aby se mu podařilo vyniknout ve sféře jiné.

Např. velice často se kompenzace může projevit u jedinců zdravotně postižených. Kdy jedinec, který je slepý, si svoji slepotu kompenzuje tím, že se z něj stane výborný hudebník.

Jedinec, který trpí parézou dolních končetin, může svoje postižení kompenzovat v jiné oblasti, ve které vynikne a prosadí se, jako je třeba střelba, nebo vrh koulí.

Chlapec, který není úspěšný ve škole a nedaří se mu při studiu, si může svůj neúspěch kompenzovat tím, že začne dělat nějaký nebezpečný sport. ^{[10] [21]}

1.2.10 Rezignace

Projevuje se stavem, kdy se jedinec stává pasivním, nemá na nic náladu, odevzdává se, ztrácí motivaci, projevují se u něj pocity bezmocnosti a deprese. Vzniká u jedinců, kdy působení zátěže je tak vysoké, že dochází k selhání všech jeho obranných mechanismů. Jedinec není schopen se zátěží dostatečným a vhodným způsobem vyrovnat.

Např. v nemocnici může k rezignaci docházet u jedinců, kterým je sdělena jejich závažná zdravotní diagnóza a závažnost jejich zdravotního stavu. Nebo u starých nemocných jedinců, kteří vnímají, že v jejich stavu nedochází k uzdravení, proto ztrácí motivaci vyrovnat se s obtížnou situací. ^[10]

1.2.11 Represe

Znamená potlačení, vytěsnění jakékoliv myšlenky, nebo nápadu. Toto potlačení se děje před tím, než byla myšlenka vyslovena. Neznamená to, že by jedinec zapomínal, pouze potlačí myšlenky nebo představy, které nejsou totožné s jeho vlastním svědomím a jsou v rozporu s jeho vlastními uznávanými hodnotami .

Např. můžeme se s tímto projevem chování setkat v nemocnici, kdy někteří jedinci mají problém komunikovat se zdravotnickým personálem, a proto je nepožádají ani o žádnou formu pomoci. Nejsou schopni poprosit o podání podložní mísy, nebo požádat sestru o to, aby mohli opustit lůžko. Proto je důležité jim pomoc aktivně nabízet. ^{[10] [21] [28]}

1.2.12 Disociace

Projevuje se tím, že při zátěžových situacích dochází k narušení jednoty osobnosti. U jedince dochází k nutkavým jednáním, což má sloužit jedinci k obraně organismu. Toto nutkavé jednání jedince neodpovídá svým obsahem myšlení, projevuje se nadměrnou přecitlivělostí a teoretizováním. Mluva zde nahrazuje konkrétní skutečnost. Hlavní cíl disociace je redukovat úzkost, jedinec si tímto jednáním redukuje pocity méněcennosti. ^[10]

1.2.13 Egocentrismus

Hlavním projevem egocentrismu je to, že jedinec chce být neustále středem pozornosti, chce, aby se vše točilo jen kolem něj. Proto není schopen vnímat situaci kolem sebe,

protože je zaměřen jen na svoje vlastní problémy. Jedinec ani netuší, že svým chováním může vytvářet problémy ostatním. ^[10]

1.2.14 Izolace

Dá se popsat jako vystupňovanou formou úniku, což jedinci vyhovuje. Umožňuje mu vyhnout se některým zklamáním, neúspěchům, nebo nadměrným zátěžím. Někdy může dojít až k úplné ztrátě kontaktu s vnějším světem. Nemocní jedinci se často izolují a situace může přejít až k trvalé izolaci, která vede k tomu, že ovlivňuje i psychický stav jedince. ^[10]

1.2.15 Opačné reagování

Lze jej popsat jako chování, které je protichůdné skrytým přáním nebo motivům. Můžeme jej popisovat na několika úrovních.

Např. v nemocnici může nemocný jedinec mít negativní city, nebo dokonce až odpor vůči ostatním spolupacientům. Nechová se ale tak, jak to cítí, ale chová se úplně opačně, své negativní city potlačuje. Proto se projevuje ke všem spolupacientům velmi starostlivě a mile. Opačné reagování může mít i jedinec sám proti sobě, kdy se bojí dát najevo své city, aby toho okolí kolem něj nevyužilo. ^[10]

1.2.16 Přesunutí

K přesunutí dochází pokud potřeba, kterou jedinec chce uspokojit není naplněna určitým způsobem, dochází k jejímu přesunutí na jiný objekt. Jedinec si najde náhradní cíl.

Např. agresivní jedinec v nemocnici, není schopen uspokojit svoji agresi na zdravotnickém personálu, protože se bojí, že by došlo ke zhoršení péče o jeho osobu, a tak dochází k tomu, že svou potřebu namíří na ostatní spolupacienty, na rodinné příslušníky, nebo na nějakou věc. ^[28]

1.2.17 Trestání sebe sama

Uplatňuje se u jedinců, u kterých je velmi přísná výchova nebo náboženská výchova. Takový jedinec chápe neúspěch, nemoc, nebo nějakou jinou zátěž jako trest, za určitý hřích buď vymyšlený, nebo skutečný, který udělal. Proto si jedinec, za trest odepře to, co má rád,

nebo co mu činí potěšení. Může si také stanovit vykonání práce, nebo nějaké činnosti navíc.

Např. jedinec si může uložit sám sobě trest takový, že si nekoupí celý měsíc žádnou sladkost.^[21]

2 ZATĚŽOVÉ SITUACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

2.1 Zátěž ve zdravotnictví

V moderním světě je zdravotnictví velice zajímavou oblastí, která přitahuje spoustu pozornosti velké části populace. Tento zájem populace se prolíná všemi oblastmi, ať už je to zájem o prevenci zdraví, nebo diagnostikování a léčení nemocí.

Zdravotnictví proto přináší mnoho požadavků na výkony a odpovědnost všech zdravotnických pracovníků. Zátěže u zdravotníků se poté mohou projevat v podobě stresů, tlaků na neustále zvyšující se vzdělání.

Hlavní motivací, proč lidé chtějí pracovat ve zdravotnictví, je pomoc druhým lidem. Teprve až po nástupu většinou zjišťují, že se setkávají s něčím jiným než s tím, s čím do zdravotnictví šli. Jejich ideály se často rozplynou a poznávají realitu.

Pracovník ve zdravotnictví se setkává s různými zátěžemi. Nadměrná zátěž může být příčinou chyb, špatných rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosociálních onemocnění a stává se také hlavním důvodem, proč často zdravotničtí pracovníci opouštějí tuto profesi. Statistické studie potvrzují, že práce zdravotních sester je jedna z nejrizikovějších. Zdravotnictví je jeden z hlavních oborů, kde se vyskytují nemoci z povolání. Více jsou postiženy ženy.

Vzhledem k náročnosti profese se zde objevuje hodně fyzické zátěže. V dnešní době pomáhá na zmírnění zátěže mechanizace a automatizace pomůcek. Proto zde nastává problém hlavně zátěže psychické, která se stále více uplatňuje a nabírá značných rozměrů při práci ve zdravotnictví.

Zátěže ve zdravotnictví lze tedy rozdělit do dvou velkých skupin. A to zátěže, které se řadí do skupiny fyzických zátěží, na druhé straně jsou zde zátěže, které spadají do skupin psychických zátěží. ^[12]

2.2 Fyzické zátěže v práci sestry

Fyzické zátěže ve zdravotnictví existují již od nepaměti. Tyhle zátěže existovaly, stále existují a existovat budou. Při výkonu svého povolání by vždy sestry měly myslet hlavně

na ochranu svého zdraví. Sestra by nikdy neměla podceňovat příznaky těchto zátěží, i když jejich následky mají často dlouhý a nenápadný průběh.

Do této skupiny se dá zařadit:

- **statistické zatížení** - do této skupiny patří stání sester u práce, u výkonů a při asistenci u lůžka klienta. Stání neustále zatěžuje celý pohybový systém, klouby. Na základě tohoto zatížení může docházet u mnohých sester k bolestem nohou, nebo vzniku křečových žil.
- **dynamické zatížení** - tato skupina obsahuje činnosti jako neustále popocházení sestry po oddělení, nebo po ambulanci, nejrůznější vyřizování potřebných dokumentů a papírů na oddělení i na jiných vzdálenějších úsecích.
- **zatížení páteře** - se zatížením páteře se nejčastěji setkáváme při práci s klienty, kdy je potřebujeme přetočit v lůžku, změnit jejich polohu, přesunout je na jiné lůžko, nebo na pojízdnou sedačku. Neustále se skláníme a tím páteř zatěžujeme. Dnes již sestram pomáhají různé speciální pomůcky. Sestry by ale i přes všechny novinky a možnosti neměly klienty polohovat samy. Měla by se zde uplatňovat spolupráce celého týmu, kdy si navzájem pomohou a klienta budou polohovat tři sestry.
- **zatížení svalového a kloubního systému** - při každém polohování a jiné manipulaci s klientem, je velmi potřebné myslet na svaly a klouby. Sestry často neznají jaký postoj by měly zaujímat v manipulaci s klientem, na kterou nohu našlápnout a kterou nohu správně zatížit.
- **setkání se s nepříjemnými podněty** - sestry se denně setkávají s nepříjemnými podněty a předměty, jako jsou různé exkrementy, nehojící se defekty, zápach, rozpadlé rány, deformity a nehojící se onemocnění. Proto se musí naučit, jak ke klientům vhodně a taktně přistupovat a jak s nimi správně komunikovat.

- **rizika infekce** - s rizikem infekce přicházejí sestry do styku každý den. Musí si dávat pozor a dodržovat všechna bezpečnostní opatření, aby zabránily případnému nakažení se infekcí. Proto se musí neustále soustředit na činnost, kterou právě vykonávají.
- **narušení spánkového rytmu při směnování** - neustále střídání denních a nočních směn pro sestru představují velikou zátěž. Musí si zvyknout usínat, i když je den, musí být připravená, že spánek přes den není až tak kvalitní jako spánek v noci. Sestra musí počítat s tím, že dojde k narušení jejího vnitřního biorytmu. Nedostatek spánku a nedostatek pravidelného nočního odpočinku, může být u mnoha sester příčinou únavy a vyčerpání.
- **nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu** - sestry nemají na jídlo během dne moc času, musí se přizpůsobovat potřebám a podmínkám oddělení, ambulance nebo klientům. Proto se stává velmi málo, že by si sestry udělaly na jídlo čas 5x denně v malých dávkách, tak jak to doporučují v odborné literatuře. Také zde nastává problém, že sestry, které mají noční službu, jedí v noci, což pro jejich organismus není nejzdravější. Na pitný režim se může také pozapomenout, je třeba, aby se sestry snažily přijímat potřebné množství tekutin. Často špatná životospráva může vyústit až v mnohé zdravotní komplikace.
- **kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami** - sestry musí dávat pozor, aby se nepotřísnily nějakou chemikálií, či jiným dezinfekčním prostředkem. Při opakovaném kontaktu s léky může u sester docházet k různým projevům alergií. Proto by měly používat vhodné ochranné prostředky a pomůcky a dodržovat všechna předepsaná a stanovená bezpečnostní opatření.
- **hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření** - často se sestry nacházejí v hlučném prostředí, prostředí může být nedostatečně nebo nevhodně osvětleno. Neustálá práce pod zářivkami, nebo neustálá práce s počítači může vést k mnohým zdravotním rizikům a komplikacím.

Rizik, se kterými se sestry při své práci na oddělení, nebo v ambulanci setkávají, je více. V bakalářské práci jsem zmínila jen několik základních, neboť ostatní fyzické zátěže a jejich podrobné rozepsání do jednotlivých skupin již není předmětem mého zkoumání. [12] [22] [30]

2.3 Psychické zátěže v práci sestry

S psychickými zátěžemi se sestry setkávají každý den. Když porovnáme práci sester a ostatních zdravotnických pracovníků, tak jsou to právě sestry, které tráví s klienty nejvíce času. Jsou v kontaktu s klientem když spí, jí, vstává, provádí hygienu. Při ošetřování se dostávají do velmi intimních zón klienta. Jsou přítomny klientovi i po stránce duševní, slyší, když trpí, pláče. Do všeobecného přehledu psychických zátěží sester, které působí na jejich psychický stav i na pracovní výkon, lze zařadit:

- neustálá pozornost, pečlivé sledování - zde se hlavně uplatňuje sledování stavu klientů, přístrojů, zda jejich práce je v pořádku a zda nedochází k nějakým chybám v jejich činnosti.
- rychlé přepojování mezi činnostmi, kdy sestry musí být schopné přenášet pozornost mezi jednotlivými situacemi, musí se vždy úplně soustředit na tu danou činnost, kterou právě vykonávají.
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny - sestry musí být schopné soustředit svoji pozornost, rychle se umět přizpůsobit změnám a v případě ohrožení klienta rychle a spolehlivě reagovat.
- nároky na paměť - sestry by si měly pomatovat, jak se který výkon dělá, jaký zvolit správný postup u vyšetření, jaké pomůcky si připravit a jak o klienta po výkonu pečovat. Neustále musí myslet na jednotlivá vyšetření, na něž má klient v daný den jít. Sestry nesmí zapomínat na přání a prosby klientů. Sestry neustále do své práce zapojují paměť sluchovou, zrakovou, logickou. U některých věcí je třeba, aby byly schopné si je zapamatovat dlouhodobě.
- velká zodpovědnost za výsledky své práce - sestry by si vždy měly stát za svým, měly by si plně odpovídat za provedené úkony i za celou svou práci, kterou vykonávají.
- nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel - po sestrách se vyžaduje, aby se uměly v naléhavých situacích sami rozhodnout a věděly jaká pravidla musí respektovat. Často na jejich rozhodnutí závisí život klienta.

- nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací - sestry by se vždy měly zaměřit, aby získaly potřebné množství informací, nutných pro jejich další činnost. A i když dostatek informací nemají, měly by být schopny se co nejlépe samostatně rozhodnout. K usnadnění rozhodování by jim měly sloužit předchozí informace a zkušenosti.
- nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce - charakter práce a výkon činností není vždy stejný. Je důležité, aby se sestry uměly vhodně přizpůsobit a byly schopny improvizovat podle potřeby situace.
- opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech - sesterská práce se nesetkává jen se samými pozitivními a radostnými stránkami profese, bohužel k ní patří i ty záporné stránky, úmrtí klientů, klienti plačtiví, nešťastní, neboť se dozvěděli svoji závažnou diagnózu.
- konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnání se s pocity bezmoci - sestra se setkává i se smrtí, s umírajícími klienty, měla by být schopná se dané situaci nepoddávat. Emoce jsou ovšem potřebné, klienti od ní očekávají převážně pochopení a takt.
- zacházení s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic a působení bolesti druhým lidem - sestra se nesetkává jen s příjemnými výkony, často musí provádět výkony klientům nepříjemné nebo bolestivé. Do této skupiny výkonů by se dalo zařadit např. zavádění sond, aplikace klyzmatu, cévkování, aplikace injekcí.
- otázky týkající se velmi soukromých záležitostí klientů a jejich rodin - sestry se často ptají klientů i na velmi citlivé otázky, které se týkají jejich soukromí i intimity. Hlavně starší klienti mohou mít problém s jejich zodpovídáním.
- provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor - ve svém povolání sestry provádějí i výkony, které mohou v běžné populaci vzbuzovat odpor. Může sem patřit např. práce s exkrementy, hygiena u ležících klientů, odběry některých materiálů k vyšetření.
- opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích - sestry mají na věc jiný názor, mohou přehodnotit i svůj žebříček vlastních hodnot.
- komunikace s klientem a s jeho příbuznými - komunikace ani s klientem ani s jeho rodinou není jednoduchá, sestry by si nejprve měly prostudovat jak s kterým typem klientů nejlépe komunikovat. Mnohdy může dojít k tomu, že nemoc může změnit

povahové vlastnosti jedinců, ať již negativně nebo pozitivně. Sestry musejí komunikovat s každým a to bez ohledu na jeho povahové vlastnosti a projevy.

- nízké ohodnocení náročné práce - dá se zde počítat s nízkým ohodnocením v očích lékařů, kolegů, tak i klientů. Další problém, který nastává u některých sester je finanční ohodnocení za jejich provedenou práci.
- nároky na neustálé učení a vzdělávání se - zdravotnické povolání vyžaduje neustále další a mnohdy i náročné vzdělávání sester. Sestry mohou mít pocit, že jejich vzdělání nemusí být poté dostatečně oceněno. ^[12] ^[21]

2.4 Charakteristiky jednotlivých zátěžových situací a jejich působení

2.4.1 Frustrace

Pojmeme frustrace lze označit jako situace, kde: „ je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivní důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude.“ ^[3]

Dá se popsat neočekávanou ztrátou naděje, nebo také neočekávanou ztrátou šance na uspokojení, vyvolává prožitky zklamání. Pokud ovšem člověk nic neočekává nemůže dojít k projevům zklamání.

Např. pokud dítě dostane špatnou známku ve škole, může snížit tento negativní vliv svého zklamání, tím, že si řekne, že na známkách stejně nezáleží.

Na druhé straně má frustrace i své pozitivní stránky, může jedince nutit k zamyšlení a ke snaze naleznout i jiná řešení jeho problémů a tím posiluje a rozvíjí jeho schopnosti.

Na jedince mohou frustrace působit ze dvou stran - vnější vlivy a vnitřní vlivy. Do vnějších vlivů lze zařadit např. reakce blízkých lidí, neočekávané překážky. Do vnitřních faktorů patří hlavně vlastní zábrany jedince, nízké sebehodnocení. Frustraci lze překonat, přesunutím uspokojení na později, může zde také dojít ke změně motivu, nebo k posílení vytrvalosti a nebo k rezignaci jedince. ^[3] ^[13]

2.4.2 Konflikt

Patří mezi nejběžnější potíže, s kterými se každý jedinec může často opakovaně setkávat.

Např. sem lze zařadit běžné konflikty mezi lidmi nebo mezi tím, co chci a co mohu.

Dají se popsat vnitřní konflikty, které se odehrávají ve vědomí jedince a znamenají:

„ střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí “ ^[3]

Např. týrané dítě může prožívat svůj vnitřní konflikt v podobě toho, že si přeje nemít bolesti, ale zároveň má potřebu kontaktu s rodiči, kteří jej bijí.

Konflikt patří do běžného života jedince, obvykle sice narušuje pocit pohody a klidu, ale nijak závažně nepředstavuje nadměrné zátěžové faktory. Opravdu závažný se stává teprve tehdy pokud jedinec jej není schopen nijak adekvátně a schopně řešit, pokud trvá příliš dlouho, nebo je jeho činitel velmi závažný. Proto může nezvládnutý konflikt působit jako stresující faktor. ^{[3] [13]}

2.4.3 Trauma

Psychické trauma lze definovat jako: „*náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě.*“ ^[3]

Mezi hlavní příznaky traumatu patří potíže s emoční oblastí, jedinec může prožívat smutek, truchlení nad ztrátou něčeho důležitého, ztráta pocitů bezpečí a jistoty a prožívání úzkosti. Často mívá obavu z toho, co bude v budoucnu. Jedinec se může stát nesoudným, protože trauma ovlivňuje jeho pocity a celkové citové prožitky, dochází k narušení objektivitu. Dojde k pozměnění i chování jedince, který se bude vyhýbat podobným situacím, bude se izolovat, nebo se stane útočným a agresivním.

Trauma, které působí na jedince, může být jednorázové, nebo se může neustále opakovat. Trauma se podobá stresu, vyvolává podobnou fyziologickou reakci. V průběhu několika měsíců může trauma vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu. ^{[3] [13]}

2.4.4 Krize

Definici psychické krize lze popsat jako: „*narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhrocení situace, dlouhodobé kumulace, či situačního nárůstu problémů.*“ ^[3]

Jako příklad lze uvést selhání v zaměstnání, nebo manželské problémy. Jejím největším znakem je selhání adaptačních mechanismů, kdy dojde k tomu, že dosud naučené způsoby už dostatečně nevyhovují, proto je potřeba hledat způsoby nové. Může být také pochopena jako podnět k nutné změně. Vyjadřuje výskyt problému, který je zde aktuální.

Např. typickým příkladem krize je vyhrocení konfliktů v rodině, jehož výsledkem je útěk dítěte z domova.

Psychická krize může být doprovázena i negativními citovými prožitky, úzkostí, zoufalstvím a beznadějí. U jedinců dochází také k narušení pocitu jistoty a bezpečí, mívá pocity bezmocnosti a bezradnosti. S těmito všemi změnami může dojít i ke změně chování jedince, kdy může následovat tlumené jednání a chování a nebo naopak může dojít k značnému výbuchu emocí.

Zpracovávání krize a jednotlivé fáze se dají opět přirovnat k fázím prožívání stresu. Krize je pochopena a je na ní nahlíženo jako na vyhrocení stresové situace a je zde snaha o nalezení vhodnějších způsobů jednání. U některých krizí se může uplatňovat i jejich pozitivní charakter, což napomáhá a rozvíjí soběstačnost jedince. ^{[3] [13]}

2.4.5 Deprivace

Deprivaci lze také definovat jako: „stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických, či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.“ ^[3]

Deprivační zkušenosti mohou u jedince ovlivnit dvě hlavní stránky, jednak psychický stav jedince a za druhé psychický vývoj jedince. Výrazný jev deprivace je obzvláště její dlouhodobost. Patogenní význam deprivace je závislý na období, které je popsáno jako období, kdy klient takto strádá. V raném věku se projevují důsledky takového strádání jako mnohem závažnější a větší než v pozdějším období.

Pokud deprivace u jedince trvá nepřiměřeně dlouho, může dojít k narušení psychického vývoje, nebo také ke vzniku a projevům různých psychických odchylek.

Podle toho, v které oblasti klient strádá, je možné rozlišit několik typů deprivace:

- deprivace v oblasti biologických potřeb - např. nedostatek spánku, jídla, pohybu. Narušuje a ohrožuje tělesné a duševní zdraví, při dlouhodobém nedostatku může docházet až k závažným poškozením organismu, nebo dokonce i k úmrtí jedince.
- podmětová deprivace - hlavní příčina této deprivace je v tom, že jedinec pociťuje nedostatek podmětů. Příčinou tohoto nedostatku podmětů může být zdravotní postižení jedince, nebo špatně fungující a zanedbávající rodina.
- kognitivní deprivace - dochází k poruchám v oblasti učení, což je způsobeno výchovným a výukovým zanedbáváním. Hlavní problém nastává u dětí, které se v důsledku nedostatku podmětů jeví jako mentálně retardované a jimž ve skutečnosti chybí pouze zkušenosti.

- citová deprivace - vzniká v důsledku toho, že dochází k neuspokojení hlavní potřeby, která je mít vytvořený spolehlivý a citový stav s matkou, nebo s jinou další osobou. Důsledek citového strádání může ovlivnit rozvoj osobnosti dítěte i vývoj k sobě samému.
- sociální deprivace - vzniká tehdy, pokud dochází k omezení kontaktů s lidmi. Do této skupiny se řadí převážně lidé postižení a lidé chronicky nemocní, často jsou hlavním problémem jejich izolace rodinní příslušníci, kteří jim neumožní dostatečný kontakt s okolím. ^{[3] [13]}

2.4.6 Stres

2.4.6.1 Definice

Prvním, kdo použil pojem stres a kdo ho popsal, byl kanadský endokrinolog Selye. Definoval stres jako: „ *stres je sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou.* “ ^[3]

Stres se dá popsat a vyjádřit jako stres negativní, neboli distres, kam lze zařadit např. konflikty, šok, smrt blízkého, rozvod. Pozitivní stres je označován jako eustres, např. svatba, velká radost. Tento stres může být užitečný, stimuluje a aktivizuje jedince ke správnému řešení situace. Pokud je stres menší, organismus je schopen si postupně na stres zvykat. Pokud je však stres příliš veliký a nezvládnutelný může dojít k onemocnění organismu. Záleží na jedinci, jak kdo je schopen reagovat na zátěž, pro někoho je situace dobře zvládnutelná a pro jiného naopak není. ^[13]

2.4.6.2 Charakteristika stresových situací

Charakteristické znaky stresových situací se dají popsat jako:

- pocit neovlivnitelnosti situace - jedinec vnímá situaci jako více stresovou, pokud je přesvědčen, že nelze zabránit tomu, aby situace vznikla
- pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace - jedinec přesně není schopen odhadnout a určit, kdy by daná stresová situace mohla vzniknout, a proto není schopen se na ní dostatečně připravit

- pocit nezvládnutelnosti situace - klade subjektivně nepřiměřené nároky. Např. dítě trpí nevhodným chováním otce alkoholika, ale na druhou stranu by si přálo získat jeho lásku.
- nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn - dochází k zásadní změně životních zvyklostí, vyvolává pocit dezorientace, Např. při přestupu na jinou školu. ^[3]

2.4.6.3 Fáze stresu

Jednotlivé fáze reakcí na stres:

- První fáze** je popsána jako fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže - pokud je organismus vystaven zátěži, dochází k aktivizaci obranných reakcí a to psychických a fyziologických. Může mít různou intenzitu, ale má vždy stejný charakter. Podle Selyeho je to poplachová reakce organismu.
 - **Aktivizace fyziologické reakce** - je zahájena reflexně, funguje automaticky, nerovnou cestou dochází k podráždění sympatiku, které se projeví vyplavením katecholaminů (Adrenalinu a noradrenalinu), dojde ke zvýšení krevního tlaku a srdeční funkci a dojde k regulaci oběhu ve prospěch vitálně nejdůležitějších orgánů. Aktivizuje se hypotalamo - hypofyzoadrenální osa a vyplaví se ACTH, glukokortikoidy a mineralokortikoidy. Organismus získává energii z cukrů a bílkovin. Nakonec dojde k aktivizaci depotních tuků jako energetického zdroje. Celý tento proces má hlavní cíl, aktivizovat energii, která by poté mohla být využita, jako potřebný zdroj energie u zátěže.
 - **Aktivace psychické reakce** - dochází k ní, když je silně negativní pocit. Hodnocení situace závisí na jedinci, na jeho zkušenostech, schopnostech a podpoře, kterou má. Stres je spojován se změnou emočního prožívání, mohou se projevit pocity úzkosti, strachu, napětí, hněvu, vzteku. Dále dochází ke změnám kognitivních funkcí - může dojít ke změně uvažování jedince, zhoršuje se koncentrace pozornosti. Zátěž dále aktivizuje psychické obranné reakce - jejich hlavní cíl je zachování nebo naopak obnovení psychické rovnováhy jedince.
- Druhá fáze** je popisována jako hledání účelných strategií - mohou vést k úplnému zvládnutí, nebo alespoň ke zmírnění účinků stresů. Pokud dojde ke zvládnutí zátěže,

psychické a fyziologické funkce jedince se vrací zpět do normálního stavu. Ovšem pokud nedochází k dobrému zvládnutí zátěže začíná se rozvíjet třetí fáze.

- c) **Třetí fáze** je rozvoj stresem podmíněných poruch - lze jej chápat jako projev selhání obranných reakcí. Nedochází jen k projevům akutních potíží, ale mohou vzniknout psychosomatické poruchy. ^[3]

V každé z této popsanych fází může dojít k projevům onemocnění. Mohou vzniknout zažívací potíže, bolesti hlavy. Pokud je však veliký, např. zpráva o autonehodě, může dojít k dekompenzaci vážnějšího onemocnění jako je diabetes, nebo žaludeční vřed. ^[31]

Stres také může mít vliv na: infekční nemoci, kardiovaskulární onemocnění, hypertenzi, bolesti hlavy, astma, diabetes mellitus, revmatickou artritidu. ^[32]

3 TYPY PSYCHICKÝCH ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

3.1 Zátěže ve vztahu sestry a klienta

3.1.1 Úmrtí a smrt klienta

Současná společnost pohlíží na smrt jako na něco, o čem by se nemělo mluvit, co by mělo zůstat tabu. Dochází ke stavu, kdy existence člověka náhle končí a nikdo neví, co se s ním bude dít po smrti dál. ^[28]

3.1.1.1 Umírání

Lékaři a ostatní zdravotnický personál se ostýchá o smrti mluvit, protože smrt považuje jako selhání vědy. Další ostych je v tom, že jim to připomíná jejich vlastní smrtelnost. Pomáhat umírajícímu klientovi dokáže jen člověk, který je vyrovnán se svojí vlastní smrtí. ^[28]

Zdravotnický personál si ale nemůže dovolit vytěsnit smrt ze svého života, protože s touto přirozeností přichází každodenně do styku. Každý by se proto měl zamyslet nad filozofickou a psychologickou problematikou smrti, aby se s ní dokázal lépe vyrovnat. Proto je důležité, aby si každý zdravotník uvědomil vlastní vztah ke smrti a tím i potřeby a pocity nemocného klienta. ^[18]

Se smrtí se člověk může setkat velmi náhle, např. při autonehodách, často o ní nestihne ani přemýšlet. Ale ve většině případů je schopen se postupně vyrovnat a přizpůsobit se blížící smrti. Ke klientovi bychom měli být vždy otevření, neponechávat ho v nejistotě. V konečné fázi je pro klienta důležité, aby důvěřoval lidem, co o něj pečují.

Mnoho nemocných klientů vzpomíná na svůj prožitý život. Mnohdy až teprve tehdy nacházejí smysl svého života. Nemocní klienti mají mnoho způsobů obranných mechanismů, které jim pomohou se smrtí lépe vyrovnat a smířit. Obranné mechanismy mohou být aktivní, např. agrese klienta, nebo pasivní, např. únik do fantazie, rezignace.

V posledních chvílích života nemocného klienta dochází k jeho odpoutání se od okolí. Potřeba komunikace se zmenšuje a klient často vede monolog o svém vlastním životě,

který si rekapituluje. Někteří umírající klienti chtějí být raději sami a někteří naopak vyžadují přítomnost blízké osoby. ^[28]

Měli bychom se snažit respektovat individualitu každého jedince, jeho nezaměnitelnost, originalitu, svobodu, abychom vnímali a ošetřovali všechny jeho dimenze. Jen tak mu potom můžeme pomoci v jeho trýzních a umírání. ^[19]

3.1.1.2 Fáze podle Kübler-Rosové

Byla to americká lékařka, která popsala ve svých publikacích, jak nemocní klienti reagují na sdělení své závažné nemoci, které postupně spěje k umírání. Popsala 5 fází.

- a) šok - projevuje se bouřlivými reakcemi. Může dojít k objevení agresivního chování, pláči, vzteku.
- b) izolace a popření - je to fáze popření skutečnosti. Nemocní klienti se ptají a mluví sami se sebou. Např. To přece není možné, já nemůžu být tak moc nemocný, to se někdo musel splést?
- c) zloba a hněv, deprese - nemocný klient klade otázky sám sobě i svému okolí. Např. proč zrovna já? To je tak nespravedlivé, proč mám umřít já?
- d) smlouvání - nemocný klient se smířil se svojí vlastní smrtí. Ví, že přijde a že je nevyhnutelná. Stále se pokouší smlouvat. Např. Kdybych se alespoň dožil svatby syna. Kéž bych mohla být u promoce své dcery.
- e) přijetí pravdy nebo rezignace - stav nemocného klienta se obvykle náhle horší. Klient přijímá fakt blízké smrti, nevyjadřuje žádné negativní emoce. ^[18]

Prožívání těchto fází je velice individuální u každého jedince. Někteří klienti mohou být vyrovnání se smrtí a někteří naopak mohou chtít smlouvat, tyto fáze se mohou neustále opakovat. Fázemi umírání neprochází pouze klienti, ale i jeho rodinní příslušníci. Klient může být se smrtí smířen a jeho okolí ji může naopak odmítat. ^[28]

3.1.1.3 Nejdůležitější potřeby umírajících

- potřeba pocitu jistoty a důvěry - klient potřebuje mít pocit, že dostává nejlepší možnou péči

- potřeba sounáležitosti - potřebuje mít pocit, že ostatní členové rodiny ho ještě potřebují
- potřeba lásky - zažívat cit a lásku od jeho nejbližších
- potřeba porozumění - klient by měl chápat podstatu nemoci a její symptomy
- potřeba akceptování - potřebu toho, aby si ho jeho okolí stále vážilo, bez ohledu na jeho vzhled, náladu
- potřeba sebeúcty - mít možnost o sobě rozhodnout, i když je fyzicky závislý na druhých ^[18]

3.1.1.4 Obavy umírajících klientů

„Klient se při umírání obává: bolesti a utrpení, zhoršení kondice, bezmocnosti, závislosti na pomoci jiných, bojí se ztráty kontroly nad tělem i vědomím, následků jeho smrti pro rodinu, neuskutečněných plánů, samoty a konce, co bude pak, změny vztahů v rodině.“ ^[6]

3.1.1.5 Poradenství rodině umírajícího klienta

Pokud se stav nemocného klienta zhorší, vždy je důležité, abychom to oznámili jeho rodině. Je prokázáno, že lidé, kteří ztrátu očekávali a připravili se na ní, se s ní dokáží i lépe vyrovnat, než lidé kteří ztrátu blízkého neočekávali. Jednou z nejdůležitějších věcí, kterou bychom měli poskytovat rodině, je respekt.

Rodinní příslušníci si často myslí, že je nejlepší je o věci nemluvit, nebo ji zlehčovat. My bychom měli příbuzné co nejvíce zapojit do péče o nemocného klienta. Měli bychom být schopni vyhodnocovat rizika, abychom byli schopni posoudit, kdo z rodiny potřebuje naši pomoc a tomu byli schopni také pomoc nabídnout, ať už před nebo po smrti klienta.

Zranitelnost je ovlivněna zejména okolnostmi, za kterých klient umírá, jeho osobnostními vlastnostmi a zejména vztahy mezi umírajícím klientem a jeho rodinnými příslušníky. ^[7]

3.1.1.6 Smrt klienta a péče o mrtvé tělo

Smrt klienta konstatuje vždy lékař. Lékař se musí přesvědčit, zda skutečně nastala a zda nejde jen o smrt zdánlivou. Určit zda příčina smrti je jasná či nejasná.

Poté přejímá péči o klienta sestra. Sestra se chová důstojně a taktně, respektuje přání příbuzných, pokud se chtějí s klientem u lůžka ještě rozloučit. Je vhodné a taktní, aby dala zástěnu kolem mrtvého. Chodící klienty poprosí o opuštění pokoje a setrvání na chodbě při manipulaci s mrtvým tělem.

Z lůžka odstraní všechna pomocná zařízení, příkrývky a polštáře. Mrtvé tělo by mělo ležet na podložce a prostěradle, aby bylo chráněno lůžko před znečištěním. Sestra odstraní mrtvému oděv. Lehce nemocnému zatlačí víčka, všechny zuby z bílého a zlatého kovu vyjme z úst a popíše na průvodní listinu. Může dolní čelist přivázat lehce šátkem nebo obvazem k hlavě, záleží na zvyklostech oddělení.

Znečištěná místa by sestra měla omýt, odstranit všechny náplasti, flexily, katetry, pouze drény se v ráně ponechají, ale zkrátí. Pokud měl klient nějaké šperky, je nutné je odstranit. Mrtvé tělo se vyrovná do vodorovné polohy s rukama podél těla. Vždy je nutné správné označení těla, aby nemohlo dojít k záměně. Označení je individuální dle každé nemocnice a oddělení. Vždy by ale mělo být uvedeno: úplné jméno, rodné číslo, celé datum narození, datum a hodina smrti, bydliště, oddělení. Takto přikryté, nebo zavázané tělo prostěradlem se ponechá na pokoji, nebo v místnosti na oddělení tomu určené. Po dvou hodinách se tělo odváží na patologii.

Všechny pozůstalosti klienta se sepíše do zvláštního deníku, nebo na tiskopis. Vždy se soupis musí dělat s průpisem. Drobné cennosti a peníze se zamykají do trezoru na oddělení. K soupisu se musí brát další pracovník, který funguje jako svědek. Šperky se nepopisují jako zlato a stříbro, ale jako bílý a žlutý kov. Nic nesmíme vyhadzovat, vše může mít důležitou hodnotu. Pozůstalost se vydává příbuzným, při předložení občanského průkazu a to vše proti podpisu. Číslo občanského průkazu je potřeba si zaznamenat. Pozůstalost musí být rodině předána v důstojném prostředí, často se ptají na poslední chvíle klienta. Vždy by sestra měla pravdivě odpovědět. Vždy musí být umožněno poslední rozloučení s pozůstalým.^[18]

Sestra by měla do ošetřovatelské dokumentace zaznamenat poslední chvíle mrtvého, všechny činnosti, které u něj vykonala a zaznamenat čas úmrtí. Pokud není přítomna rodina mrtvého, odešle rodině telegram na adresu zaznamenanou v dokumentaci. Pokud je rodina mrtvého přítomna, musí to rodině sdělit lékař. Sestra musí odepsat zemřelého i ze stavu nemocných.^[4]

3.1.2 Dlouhodobě nemocný klient - „chronický klient“

Pro sestry není nic neobvyklého, že se na oddělení mohou setkat s klienty, kteří se již na stejném oddělení nachází dlouho a jejich stav se nelepší. [28]

3.1.2.1 Rysy a chování klientů

U těchto klientů lze najít většinou podobné rysy, mezi které patří, depresivní ladění, izolování se od okolí. Klient si často může stěžovat a obviňovat okolí, dlouhé oddělení od rodiny může být viditelný utrápený postoj klienta. Někdy můžeme u klienta pozorovat opakující se střídání rezignace a akceptace, popření, nerealistických nadějí, depresivních a agresivních postojů až skleslosti a euforie.

Vždy v případě vážného onemocnění není zasažen pouze klient ale i jeho rodina. Dochází ke změně pozice vážně nemocného klienta v rodině. [28]

3.1.2.2 Vztahy ošetřujícího zdravotnického personálu k těžce nemocným klientům

Těžce nemocní klienti přinášejí ošetřovatelskému personálu velkou zátěž. Těžce nemocný klient je odkázán na zdravotnický personál, na jejich péči, vědomosti a zručnosti. Personál se také stává zodpovědný za klientovu smrt. Proto se po personálu požaduje, aby vždy vynaložil maximální nasazení, aby vždy byl k dispozici při zhoršení stavu.

Vztah zdravotnického personálu může být popsán podle tří typických reakcí:

- negativní afekty - zdravotnický personál prožívá klienty jako určité břemeno, cítí, že jsou klienti nevděční a že je kritizují. Proto mohou reagovat negativními afekty, kdy se na klienty zlobí a to v duchu nebo nahlas.
- stažení se, izolování se - zdravotnický personál se vyhýbá komunikaci s klienty, komunikace je spíše odtahitá. Dochází jen k minimálním kontaktům s klienty, sestry se zabývají raději léky a jinými ošetřovatelskými úkony.
- obětování se - kdy sestry berou svojí práci tak vážně, že žijí jen pro ni a pro nic jiného. Sestra slouží často přesčas, neustále je se zaměstnáním v kontaktu, nemá skoro žádný osobní život. Takto velké nasazení se ovšem nedá vydržet moc dlouho, dochází k častějšímu onemocnění a cirkulaci personálu. [28]

3.1.2.3 Zásady psychologického přístupu k těžce nemocným

Zdravotnický personál a sestry by měly:

- udržovat s klientem komunikaci a osobní kontakt
- otevřeně informovat klienta o jeho zdravotním stavu, jeho momentální situaci a možných rizicích a těžkostech
- nic před klientem neskrývat
- mírnit momentální těžkosti, uspokojovat aktuální potřeby klientů
- poskytovat klientovi naději a sílu

Také zdravotnický personál, který pečuje o klienty potřebuje, aby se dostávalo i jim psychologické podpory a přístupu. Proto pomáhá zavedení týmové spolupráce, předávání si informací, řešení konfliktů. K tomuto všemu mohou sloužit pravidelné schůzky personálu.^[28]

3.1.3 Péče o seniory

Specifická problematika péče ve stáří je dána procesem stárnutí, který doprovází řada změn v organismu. To často sebou přináší ze strany klienta určité problémy, jako je zhoršená orientace, potíže při sebeovládání. Ztráta životního smyslu může vést k rezignaci. Často se staří lidé mohou projevovat agresivně, mají pocit, že všechna svá práva si musejí vydobýt.

Důvodů, proč je těžké jednat se starými lidmi, je hned několik. Starý klient může evokovat u sester povědomý strach z vlastního stáří. Sestry mají obavu z klientových reakcí a z reakcí jeho rodinných příslušníků. Obávají se, že klient zemře. Nebo se jim může zdát jejich profesionální práce málo perspektivní. Všechny tyto obavy, jsou zcela přirozené a nejsou ve své podobě ničím nemravným. Jejich přiznáním se sestry učí získávat nadhled a přispívá to k jejich lepšímu zvládnutí.

Proto je nutné se při jednání se seniory vyhnout nedostatku péče a pozornosti, nevhodnému stylu s jakým s klientem jednáme, neustálému přikazování a úkolování, spěchu a urychlenému jednání a rychlému řečovému tempu.

Naopak je vhodné, abychom informace podávali pomalu a srozumitelně. To, co je potřeba, aby si klient zapamatoval, bychom měli dát i v písemné formě. Jednání by mělo být taktní, trpělivé, vřelé a srdečné. ^[20]

3.1.4 Komunikace ve zdravotnictví

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků.“ ^[10]

Komunikace tvoří veškerý základ ošetrovatelské péče. Vyžaduje zvláštní dovednosti, které se musí zdravotníci naučit během přípravy své praxe. Komunikace složí k navázání a rozvíjení kontaktu s klientem. Komunikace je dovednost, kterou je potřeba neustále rozvíjet. U jedinců v nemocnici, může nastat zhoršení komunikačních schopností. Proto by právě zdravotničtí pracovníci měli pomoci s jejich navrácením. ^[10]

3.1.4.1 Neverbální komunikace

Podle některých odborníků probíhá touto komunikací 80 až 90% veškeré naší komunikace. Je také nazývána jako řeč těla.

Patří sem:

- a) Chůze a držení těla - dá se z něho popsat sebevědomí jedince i naše aktuální momentální nálada. Vzpřímený postoj naznačuje, že je jedinec spokojený a vyrovnaný. Shrbeným postojem ukazuje svoji sklíčenost a nemoc.
- b) Vzdálenost (proxemika) - při rozhovoru se dají podle vzdálenosti určit čtyři zóny.
 - intimní (soukromá) - 15-30 cm, je to blízký kontakt, předávání důvěrných informací, využívá se v mileneckých vztazích.
 - osobní (přátelská) - 45-120 cm, zóna dotyku a společenského posezení, pro komunikaci ji využívají manželé, nebo přátelé.
 - sociální (formální, pracovní) - 150-350 cm, jde o zónu služební, úředního styku, využívá se pokud nadřízený kontroluje svého podřízeného, nebo učitel ve škole zkouší své žáky.
 - veřejná (lhostejná) - okolo 800 cm, nazývá se někdy taky jako únikové pásmo, slouží k veřejným vystoupením, využívají ji herci, řečníci.

- c) Postoj (posturika) - vyjadřuje postoj těla a naznačuje psychický stav člověka. Sestry by při komunikaci měly mít oči ve stejné výšce jako klient.
- d) Mimika - výraz obličeje, může druhým jedincům sdělit spoustu informací. Horní polovina obličeje sděluje prožitky strachu, úzkosti a bolesti. Dolní část obličeje sděluje naopak pocity uvolněnosti, klidu a úsměvu.
- e) Pantomimika (gestikulace) - bývá označována jako řeč rukou, mluva rukou je důležitá. Už z prvního kontaktu podání ruky nám hodně vypoví o druhém jedinci. Složené ruce na hrudník vypovídají o nejistotě, ruce v kapse nebo za zády poukazují na to, že daný jedinec netouží po kontaktu.
- f) Haptika (tělesný kontakt) - je to kontakt hmatem, tento druh kontaktu zahrnuje vnímání tlaku, chladu, tepla, chvění. Tento druh kontaktu patří v nemocnici k běžnému komunikačnímu neverbálnímu prostředku. Ne vždy jej ale obě dvě strany musí vnímat jako příjemný. Někteří nemocní jedinci mají pocit nadměrných dotyků a kontaktů a někteří mohou trpět deprivací. Proto by každá sestra měla umět vzít nemocného klienta za ruku a pohlédit ho.
- g) Pohledy (zrakový kontakt) - je často úplně prvním kontaktem s daným jedincem, slouží k navázání kontaktu. Můžeme pohledy posoudit podle jejich četnosti, délky, úhlu, uhýbání očí, celkového dojmu, průměru zornice, mrkacích pohybů.^[10]

Komunikace se často odvíjí už podle prvního dojmu. Je pravda, že někdo může být sympatický už na první pohled a někdo zase právě naopak. Často už klienti odhadují jaká sestra je, už podle prvního pohledu. Proto je důležité, aby si to sestry uvědomily už při příjmu klienta.^[20]

3.1.4.2 Verbální komunikace

Při verbální komunikaci sdělujeme informace pomocí slov. Komunikace se liší u jedinců odlišné kultury, společensko- ekonomického postavení, věku a vzdělání.

Záměrem každé komunikace je vyvolat určitou odpověď. Proto je komunikace označována jako děj a skládá se z pěti složek.

Ke komunikaci je potřeba:

- komunikátor - označován jako mluvčí, sděluje určité informace

- komunikant - označován jako příjemce, jedinec, který informace přijímá a snaží se je pochopit
- komuniké - zpráva, která je předávána
- zpětná vazba - probíhá nějakou reakcí, zpráva o tom, že informace byla přijata
- situační kontext - prostředí, ve kterém komunikace probíhá

U komunikace můžeme pozorovat řeč, její obsahovou a neobsahovou stránku. U obsahové stránky je důležité, co je obsahem sdělení, jaké jsou použity pomlky, intonace, dynamika.

U neobsahové (paralingvistické) stránky je důležitá:

- intenzita hlasu - jak hlasitě jedinec mluví
- tónová výška - jak vysoko má jedinec položen hlas
- barva hlasu - zabarvení řeči
- délka hovoru
- rychlost řeči - kolik toho jedinec sdělí, zda dochází ke skákání si do řeči
- přestávky - zda se dělají pauzy
- klid v průběhu přestávky - můžou být používána citoslovce „e-hm“
- chyby v řeči - opakování, breptavost ^[10]

3.1.4.3 Zásady správné komunikace mezi sestrami a klienty

- nepřenášet do zaměstnání své starosti a starosti si neodnášet domů, pokud sestram není do úsměvu, musí se tvářit alespoň neutrálně
- při komunikaci s klientem se sestry musí chovat tak, aby klient měl dojem, že jsou tam právě v daný okamžik pouze pro něj
- neoslovovat klienty familiárně, „babi“, „dědo“, pokud o to sami nepožádají
- udržovat s klienty co nejvíce očního kontaktu
- zapojit klienta do péče pomocí otázek, např. „Vyhovuje Vám to tímto způsobem?“
- nechat si poradit jakým způsobem komunikovat s handicapovanými klienty

- naučit se trpělivosti, reagovat na čtvrtý zvonek, stejně tak jako na první
- zachovávat mlčenlivost o všem, co klient řekne
- nekritizovat klienty před ostatními
- osvojit si umění empatie
- přizpůsobit komunikaci ke klientovi
- vyčlenit si dostatek času na rozhovor
- pro rozhovor najít klidné prostředí ^[4]

3.1.4.4 Druhy rozhovorů

Rozhovor se dá popsat jako záměrný a organizovaný dialog, ve kterém osoba nebo skupina osob odpovídá na otázky nebo sděluje své problémy.

- a) Standardizovaný - má přesně vymezenou formulaci otázek a jejich pořadí. Jeho výhodou je spolehlivost a méně chyb při formulaci otázek.
- b) Nestandardizovaný - pořadí a formulace otázek se individuálně přizpůsobuje podle potřeby. Výhodou je přirozenost a hlubší navázání kontaktu.
- c) Volný - zkoumaný jedinec hovoří sám, není mu zasahováno do jeho výpovědi.
- d) Individuální - slouží k získání osobních údajů a informací.
- e) Skupinový - předností je navázání kontaktu s celou skupinou.
- f) Diagnostický - má za úkol nashromáždit fakta, je často využíván ve zdravotnictví.
- g) Terapeutický - bývá využíván v psychologické i psychoterapeutické praxi, je zaměřen na povzbuzení a optimální řešení nějaké situace. ^[10]

3.1.4.5 Komunikace s agresivním klientem

Klient se ke zdravotnickým pracovníkům může projevovat chladným, ironickým způsobem komunikace. Může shazovat věci, bouchat dveřmi, nebo plivat potravu, či léky. Nejzávažnější může být násilí vůči sobě nebo spolupacientům.

Zásady komunikace:

- vždy zachovat klid při jednání s klientem nebo jeho rodinou, neodpovídat na agresivní chování protiútokem
- pozorně vyslechnout všechny stížnosti klienta
- nehodnotit situaci a chování klienta
- projevovat zájem o situaci klienta, klást doplňující otázky na zjištění okolností celé situace
- vyjádřit empatii verbálními i neverbálními prostředky
- pokud je to možné klientovi vyhovět
- snažit se najít reálné důvody klientova hněvu a vhodná řešení ^[15]

3.1.4.6 *Komunikace s depresivním klientem*

Klienty mají časté změny nálady, vyžadují specifický přístup. Období zvýšené zátěže provází depresivní prožívání. U klienta se objevují znaky jako: smutná nálada, pokles energie, ztráta sebeúcty, poruchy spánku a myšlenky na smrt.

Zásady komunikace:

- dávat najevo pochopení pro stav a situaci klienta
- umožnit klientovi reagovat podle svého aktuálního stavu
- nevyhýbat se rozhovorům
- vždy se vyhnout zlehčování obtíží
- nenutit klienta do rozhodování ^[15]

3.1.4.7 *Komunikace s úzkostným klientem*

Úzkost je stav, který klient může prožívat od stavů stísněnosti až po panický děs. Původ je často neznámý, objevuje se bez zjevného ohrožení. Klient se projevuje nejistě, klopi zrak, obává se vyjádřit svůj názor.

Zásady komunikace:

- zachovávat klidný přístup typu dospělý k dospělému

- poskytnout dostatek času na rozhovor
- zajistit pro rozhovor vhodné prostředí a soukromí
- podávat dostatečné množství přesných a pravdivých informací
- podporovat klienta v rozhodování
- umožnit klientovi rozhovor s rodinou ^[15]

3.1.4.8 *Komunikace s vážně nemocným klientem, „chronickým klientem“ a umírajícím klientem*

- projevovat osobní zájem o klienta
- setrvat u tématu, které vnesl do hovoru klient, neodbíhat od něj
- citlivě reagovat na klienta
- komunikovat srozumitelně, tak aby klient pochopil
- vždy jednat s klientem, jako s rovnocenným partnerem
- vyjadřovat pochopení pro těžkou situaci klienta
- věnovat klientovi čas jen pro něj
- vždy odpovídat na otázky, pokud odpověď nevíme, klidně se poradit a zeptat ostatních
- nevyhýbat se neverbálnímu kontaktu, nebát se držení za ruku
- vždy myslet na to, že klient je především důstojná bytost
- sdělovat informace i o venkovním světě, pokud klient o tyto informace vyjádří zájem ^[15]

3.1.5 Sdělování špatné diagnózy

Lékař je povinen klienta vždy informovat o povaze jeho onemocnění. Dříve se dávalo přednost názoru milostivé lži, nebo sdělování pravdy jen po kapkách. Sdělení špatné diagnózy působí vždy na klienty ohromnou psychickou zátěží. Někteří klienti si nepřejí, aby se tyto informace dozvěděli jejich příbuzní. Příbuzní mohou být informováni jen pokud s tím klient souhlasí. ^[15]

Závěry lékařských výkonů a možnosti léčby i její prognózu musí s klienty probírat vždy lékař. Po sdělení takové zprávy, klient často tápá a rozmýšlí se jaké má zvolit řešení, proto konzultuje situaci i s ostatním zdravotnickým personálem. Vše doprovází ventilace negativních emocí. ^[15]

Velmi záleží na podpoře rodinných příslušníků, jaký mají vztah ke klientovi a zda mu dokáží ve vzniklé situaci pomoci. ^[10]

3.1.5.1 Příprava na setkání

Špatnou diagnózu vždy sděluje lékař, nejlépe ten, ke kterému má klient důvěru. Někdy se sdělování účastní i rodinní příslušníci. Pro lékaře je vhodné si napsat pár bodů na papír, aby věděli, jak mají postupovat. Vždy by se měli zvážít všechny následky sdělení, jak je klient přijme. Diagnóza by měla být sdělena na klidném místě, potřeba zajistit dostatek času, tekutin, možnost pohodlně se usadit. ^[15]

3.1.5.2 Průběh setkání

Diagnóza a další informace by měli být podávány vždy srozumitelně. Lékař by měl klientovi sdělit stručné příčiny a souvislosti onemocnění. Pak by měl být prostor na vyjádření negativních reakcí klienta. Je potřeba se zajímat o to, kam klient po sdělení zprávy půjde. ^[15]

3.2 Zátěže ve vztahu sestra a kolektiv

Nejenom vztahy ke klientům, ale i vztahy na pracovišti a zařazení v týmu utvářejí u každého jedince pocit spokojenosti či nespokojenosti. Na každém pracovišti jsou vztahy formální a neformální. Formální vztahy jsou dány cílem a úkolem pracoviště. Neformální vztahy utváří to, jak lidé k sobě mají blízko, počet dětí, bydlení na stejné vesnici. ^[20]

3.2.1 Týmová spolupráce

„Tým je skupinou pracovníků rozdílné specializace a víceúrovňové kvalifikace.“ ^[20]

Motivem týmu je společný cíl a vysoký pracovní výkon. Vzájemná spolupráce se projevuje závislostí jednoho pracovníka na druhém.

Jedinec si musí věřit, musí mít dostatečné sebevědomí a to působí pozitivně na jeho pracovní výsledky. ^[20]

3.2.2 Kritika a pochvala

V dobrém kolektivu je potřeba umět se navzájem vhodně a dobře podpořit. Každý z nás někdy může udělat chybu, proto je kritika důležitá. Vzájemné upozornění je dobré, nemělo by být povoleno nechat dělat někoho vědomě chybu. Kritika ku ocenění by měla být v poměru 3:5.

Na mnohých pracovištích, k tomu ale nedochází. Pochvala se bere jako samozřejmost, proto se nepovažuje za nutné ji sdělovat. Ale na kritiku každý čeká. Pochvala by měla být upřímná. Vždy když má jedinec pocit, že by měl někoho pochválit, měl by to říci nahlas. ^[21]

Jenom na jedinci záleží, jak je schopný danou kritiku přijmout. Zda se mu povede rozpoznat poselství kritiky. ^[14]

Pokud jedinec kritizuje, musí být jeho kritika opodstatněná a včasná. Vždy by se měla týkat konkrétní části, ne celé osobnosti. Nepřímou kritiku může jedinec vnímat jako pomluvu své osoby. Vždy by měly být hledány příčiny a měla by být snaha o jejich odstranění. ^[20]

3.2.3 Neoblíbený pracovník

Stává se, že někteří jedinci nedokáží dobře zapadnout do pracovního týmu. Takový jedinec si je dané situace často vědom a postupně se stahuje do ústraní a přestává být aktivní. Reakce pracovnímu týmu se potom projevuje stejně odmítavě a začíná se rozvíjet bludný kruh. Výzkumy, které prováděly některé zdravotní pojišťovny, poukazují, že tito jedinci trpí více psychosomatickými poruchami. ^[20]

3.2.4 Ohrožení pracovního místa

Ztráta zaměstnání je pro většinu jedinců velmi stresující a nepříjemná událost v jejich životě. Vede to k potřebě vyrovnat se s finanční stránkou a k vyrovnání se sama se sebou.

Proto dochází:

- ke ztrátám obživy, klient přijde o práci, ale nároky na domácnost a na život jsou stále stejné.

- dochází k postižení i celé rodiny, zejména pak partnera a dětí.
- o ztrátě zaměstnání se dozvědí přátelé.
- nikdo by neměl dopředu odsuzovat daný problém s tím, že se ho netýká. Každý by si měl pravidelně ukládat vydělané peníze, zajímat se o nové činnosti a všímat si trhu práce. ^[14]

3.3 Sestra a její soukromí

Ne vždy se sestrám při příchodu do zaměstnání podaří odpoutat od svých vlastních soukromých starostí. Proto se někdy na práci mohou hůře soustředit.

Sestry mohou zneklidňovat jednak běžné domácí starosti, které se vztahují k celkovému chodu domácnosti a také starosti, které se vyskytly aktuálně a nenadále. Mezi ně lze zahrnout nemoc dítěte, zhoršení zdravotního stavu člena rodiny, nebo i jeho úmrtí, hádky s partnerem, nebo manželem, rozvodové řízení. Dá se sem započítat i vlastní onemocnění sester, nebo problémy s cestou do práce či špatné spojení.

Všechny tyto starosti se poté mohou odrazit na psychickém i fyzickém zatížení sester. Pokud dlouhodobě působí a není nalezeno vhodné řešení, dojde u sester k vystupňování vyčerpanosti. ^[21]

4 OSOBNOST SESTRY

Zdravotnické povolání je považováno za jedno z nejnáročnějších. Od sester je očekáváno, že zvládnou sami veškerou práci s moderní technikou, zvládnou fyzickou zátěž, vypíší a vyplní potřebnou administrativu a vykonají mnoho dalších činností. ^[10]

Osobnost zdravotní sestry byla historicky ovlivněna a toto ovlivnění se projevuje na obsahu činnosti sestry a na prestiži povolání. Etické normy působí na formulaci některých základních dokumentů, které pomáhají ke zkvalitnění péče a sestry by se jimi měly řídit. Mezi nejdůležitější dokumenty patří „Etické kodexy zdravotních sester a ošetřovatelek“ a „Etický kodex práv pacientů“ ^[10] (Viz. příloha II, III.)

4.1 Osobnostní předpoklady sestry

Sestra by měla mít:

- tvůrčí přístup
- dostatečnou kritičnost vůči ostatním i k sobě samým
- schopnost pochopit problémy klienta
- dostatečnou schopnost vcítění se do problémů klienta
- klidné vystupování, pohotové reakce, přiměřené sebevědomí a trpělivost
- smysl pro humor
- smysl pro povinnost a odpovědnost
- sestra by měla být vyrovnanou osobností, která je schopna se samostatně rozhodovat a která se umí ovládat v konfliktních situacích ^[10]

4.2 Role sestry v moderním ošetřovatelství

Neustále probíhá vývoj v medicíně i ošetřovatelství. Do oboru pronikají i informace z jiných věd, např. psychologie, pedagogiky, sociologie.

- a) Sestra - pečovatel - poskytuje základní ošetřovatelskou péči, samostatně pečuje o klienty, zajišťuje plán léčby.

- b) Sestra edukátor klienta a jeho rodiny - podílí se na prevenci chorob a upevňování zdraví klienta, rozvoji soběstačnosti klientů, pomoci klientovi naučit se žít s jeho dlouhodobým onemocněním.
- c) Sestra - obhájce - stane se mluvčím, pokud klient není schopen si říct o svoje potřeby a přání sám.
- d) Sestra - koordinátor - v plánování a následné realizaci plánů sestra spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského týmu.
- e) Sestra - asistent - podílí se na diagnosticko-terapeutické péči, připravuje klienta na vyšetření a asistuje při tomto vyšetření. ^[29]

4.3 Náplň práce sestry

- a) základní ošetrovatelská péče - zaměřena na uspokojení základních potřeb klienta
- b) diagnosticko - terapeutická činnost - je spojena s přípravou a průběhem všech vyšetření, péči o klienta před a po vyšetření, sledování celkového stavu klienta
- c) psychosociální činnost - činnost se uplatňuje při získávání informací od klientů a při spolupráci s klientem a jeho rodinou. Psychosociální činnost zahrnuje podávání informací, edukace, ochrana zájmů klienta
- d) administrativní práce - jsou potřebné, ale stále by mělo být prioritní ošetrování klienta a až poté by měly následovat administrativní práce
- e) přípravné a dokončovací práce - zahrnuje péči o pomůcky a jejich správné očištění, přípravu materiálů, spadá sem vše, co tvoří přípravu pro ošetrovatelské, diagnostické a léčebné výkony ^[29]

5 PREVENCE

5.1 Výživa

Na naše zdraví, kvalitu života a celkový život působí vyvážená strava. Vyvážená strava má odpovídat našim každodenním potřebám a energetickému výdeji. Je dobré, aby lidé jedli podle každodenně vynakládané námahy. Správný stravovací režim by měl obsahovat vyváženou snídani, oběd, který by odpovídal energetickému výdeji potravy a lehčí večeři. Bohužel ve zdravotnictví tento rozpis moc dodržet nejde. ^[31]

5.1.1 Individuální výběr potravin

Každý jedinec má svůj individuální výběr potravin, který se odvíjí od genetických dispozic jedince, hladu a fyziologické potřeby organismu, emočním naladěním jedince, zvyklostí v rodině, náboženství, životním stylu, reklamou a komerčním tlakem. ^[24]

5.1.2 Příjem bílkovin - proteinů

Příjem bílkovin je potřebný jako zdroj dusíku, síry a esenciálních aminokyselin. Bílkoviny lze rozdělit na živočišné a rostlinné. Hlavním zdrojem bílkovin je maso, mléko, mléčné výrobky, vejce, ryby, luštěniny, obilniny a zelenina. Denní potřeba bílkovin by u dospělého jedince měla být 0,75 – 0,8g na 1kg hmotnosti. Nadbytek bílkovin může působit na rozvoj nemocí kardiovaskulárních, osteoporózu, dnu a obezitu. Nedostatek bílkovin se může podílet na kwashiorkor - nedostatečné množství bílkovin, v organismu je ještě ale dostatečné energetické krytí, nejčastěji jej zajišťují sacharidové zdroje. Nebo malnutrice, která je popsána jako nedostatek bílkovin a energie. ^[24]

5.1.3 Příjem cukrů - sacharidů

Jsou důležitou součástí stravy, lze je rozdělit na monosacharidy, disacharidy a polysacharidy. Hlavními monosacharidy jsou glukóza (škrobový cukr) a fruktóza (ovocný cukr). Jsou zastoupeny v ovoci, zelenině, medu, luštěninách, vaječném bílku.

Polysacharidy se dají dělit podle štěpitelnosti na stravitelné a nestravitelné. Stravitelné dále lidský organismus dokáže štěpit na oligosacharidy a monosacharidy, oboje jsou využívány jako zdroj energie. Mezi stravitelné polysacharidy patří škroby, ty jsou obsaženy

v obilovinách, pšeničné mouce, chlebu, rýži, bramborech, kukuřici, luštěninách a zelenině.
[24]

5.1.4 Příjem vitamínů

Vitamíny lze rozdělit na vitamíny rozpustné ve vodě a v tucích. Mezi vitamíny rozpustné ve vodě patří: B1 - Thiamin, B2 - Riboflavin, B6 - Pyridoxamin, Pantotenová kyselina, Biotin H, Listová kyselina, B12, C - Kyselina askorbová. Mezi vitamíny rozpustné v tucích patří: K, E, A - retinol, D. [24]

5.1.5 Zásady správného stravování

- pestrá a zdravá strava
- více než pět porcí ovoce zeleniny denně
- nejíst smažené hranolky, chipsy, dráždivá jídla, sladká jídla, uzeniny
- omezit příjem červeného masa a zaměřit se na ryby, drůbež, raději upravovat maso vařením a pečením
- nahrazovat vysokokalorické potraviny zeleninou a ovocem
- jíst nejraději čerstvé potraviny
- věnovat se pouze jídlu (vypnout televizi)
- jíst, kdy si tělo o to řekne
- nejíst jen ze zvyklosti
- jíst v menších dávkách, ale pravidelně
- nezapomínat jíst i snídani
- jíst pomalu a myslet na to, co jíme
- pít dostatečné množství tekutin
- nejlépe omezit příjem kávy na 1 až 2 šálky denně
- vyhnout se pití alkoholu
- nikdy nehladovět a nepřejídat se, ale zato pravidelně kontrolovat svoji váhu [21] [23] [24]

5.1.6 Tekutiny

Nejlepší je pít dříve, než začne jedinec pociťovat žízeň. Nejlepší je pít více denně v malých dávkách. Nejlepším ukazatelem nedostatku tekutin, je změněná barva moči. Dalším ukazatelem může být únava, podrážděnost, bolest hlavy a zácpa. Denně bychom měli vypít asi tak dva litry tekutin. ^[23]

a) **Voda** - nejlepší co jedinec může pít, výhodou balené vody je obsah vysokých minerálních prvků. Vodu je možné poupravit i prostředky k dochucení, jako je limetková a citronová šťáva. ^[23]

b) **Čaj** - čaj lze popsat jako výluh zelených nebo sušených listů čajovníku. Obsahuje kofein. Složky čaje se mohou dělit podle druhu, stáří listů a ročního období. ^[24]

Čaj obsahuje i látky, které pomáhají likvidovat v těle škodliviny, pomáhá předcházet srdečním chorobám a předčasnému stárnutí. ^[23]

c) **Káva** - se připravuje z pražených a rozemletých semen kávovníku. Obsahuje kofein, který působí na nervovou stimulaci a částečně jako diuretikum. Denní doporučená dávka u dospělého člověka je 3 až 5 šálků denně. Nadbytek se může projevat nespavostí, srdečními arytmiemi, úzkostnými stavy. ^[24]

5.2 Spánek

Spánek je velice důležitý, pomáhá ke kvalitní psychické a fyzické regeneraci. Spánek napomáhá k procesu regenerace paměti. Pokud dojde k omezení spánku, projevuje se to zvýšenou únavou a sníženou schopností učit se. Na rytmus spánku působí i stres, který se může projevat nespavostí a nebo naopak oddalováním spánku. ^[31]

Nejhorší situace nastává, kdy se jedinec vzbudí uprostřed noci a pak nemůže usnout. Podílí se na tom i to, že jedinec ráno vstává a ví, že by spát měl. ^[21]

5.2.1 Organizace spánku

Doba spánku a potřeba je u každého jedince jiná. Jedinec by si měl jít lehnout v okamžiku, kdy se cítí unavený. Je nesmysl se po ulehnutí snažit usnout silou vůle. Pokud jedinec nemůže usnout, neměl by se zbytečně převalovat v posteli, ale raději se zvednout a soustředit se na jinou činnost. Nejlépe na činnost, která je neoblíbená, např. žehlení.

Ulehnout by měl tehdy, když cítí, že je zase unavený. I když směny narušují spánek, měla by být co největší snaha o zachování nějakého spánkového rytmu. ^[31]

Místo ke spánku by mělo být klidné, mělo by zajišťovat soukromí a bezpečí. Podle čínské teorie by neměla být postel umístěna mezi oknem a dveřmi, postel by měla mít v hlavě pevné čelo, aby docházelo k potřebnému dobití energie v organismu. V ložnici by neměly být žádná zrcadla, protože jedinci odebírají sílu. K lepšímu spánku pomůže také uvolnění a relaxace. Vždy večer by si měl jedinec uvolnit mysl a odpoutat se od problémů. ^[23]

Pozornost by měla být věnována i barvám, oranžová a cihlově červená jsou uvolňující, sytě červená povzbuzuje vášně, modrá je uklidňující. ^[23]

Důležitá je pro zdravý spánek i správná poloha. Podle některých autorů, kteří jsou příznivci jógy, je dobré spát spíše na boku, kdy jedinec dýchá nosem a ne jen povrchově ústy. Spánek na zádech může vést k bolestem páteře z důvodu přílišného zakřivení bederní páteře. Těmto problémům lze předejít vložení pevnějšího polštáře pod kolena. Není dobré mít moc polštářů pod hlavou, dochází k neplynulému lomení linie krku a páteře a to vše může vést k namožení krčních svalů, proto je vhodné dávat si pod hlavu jen jeden pevný polštář o šířce ramen. ^[23]

Pokud jedinec není schopen usnout, má špatné myšlenky, na které nemůže přestat myslet, může zkusit techniku představ. V této technice si vybaví nějaké místo, které na něj působí poklidným dojmem a představuje si, jak negativní myšlenky mizí a rozplývají se. ^[23]

5.2.2 Hlavní příčiny rušení spánku

Mezi hlavní příčiny rušení spánku patří místnost, která je před spaním nedostatečně vyvětrána, velká zima nebo teplo, hluk a neklid prostředí, nedostatek potravy, káva a čaj vypitý po 17 hodině, příliš velké tělesné vyčerpání, myšlenky na to, co jsme zažili ten den nebo co nás čeká den druhý. ^[21]

5.2.3 Doporučení ke zdravému spánku

Pokud je jedinec vyčerpaný a unavený po namáhavém dnu, do postele by měl ulehnout až po dobré sprše a promazání těla. V případě, že jedince trápí myšlenky, kvůli kterým nemůže usnout, může je všechny hned sepsat na papír. Když si jedinec uprostřed noci vzpomene, že nemá sebou žádné věci na zítřek, je dobré si je nachystat hned, než nad tím

přemýšlet celou noc. Další technika pro správné usnutí je puštění si rádia, nebo magnetofonu, který sám po nějaké době vypne. Zvuk z rádia je lepší než zpěv, pomáhá k ukolébání jedince. Není dobré si zvykat na léky na spaní, protože časem je nutné dávky zvyšovat. Vhodnějším receptem pro správné usnutí je vypít šálku čaje z meduňky. [21]

5.2.4 Zásady spánku

- není vhodné spát při puštěné televizi
- nedělat si z ložnice kancelář a jídelnu
- v ložnici by neměl být nepořádek
- je dobré mít kvalitní matraci, která bude podpírat pevně páteř
- večer je vhodné vyhýbat se pití kávy a kofeinu
- večer není vhodné nadměrné cvičení [23] [31]

5.3 Pohybová aktivita a cvičení

V poslední době dochází k omezování fyzické aktivity, jedinci více jezdí auty a pracují více duševně. Pro tělo platí že: „*čím více ho užíváme rozumně, tím méně se opotřebovává.*“ [31]

Fyzická aktivita pomáhá jedinci být klidnější, vyrovnanější a odolnější. Je zdrojem duševní rovnováhy. [31]

5.3.1 Pohybová aktivita, cvičení a zdraví

Cholesterol - bylo prokázáno, že cvičení působí na zvýšení HDL (dobrého cholesterolu v krvi) a snížení hladiny triglyceridů v krvi.

Rakovina - cvičení může mít kladný vliv na zabránění vzniku některých rakovin. Podle harvardské studií pohyb působí preventivně proti rakovině prostaty a u žen rakoviny prsu.

Diabetes - cvičení pomáhá jako tlumivý faktor diabetu.

Psychika - cvičení má pozitivní vliv na psychickou stránku jedince, zlepšuje deprese, snižuje úzkost a zvyšuje kladné sebehodnocení a umožňuje lépe zvládnout boj se stresem.

Složité je ve cvičení vydržet a neustoupit. Podle některých autorů je uvedeno, že počet cvičících se po 6 měsících redukuje na polovičku, po 3 a půl letech dojde k dalšímu snížení a nakonec u cvičení vydrží pouze 30% těch, kteří začali. Hlavním důvodem je příliš malá motivace k cvičení, pozitivní stránkou při cvičení se stává většinou někdo z rodiny, kdo jedince motivuje. Dalším pozitivním důvodem, který podporuje setrvání je cvičení ve skupině. ^[32]

5.3.2 Druhy cvičení

Izometrické cvičení - dá se popsat jako tlak proti pevné podložce, je dobrý cvik na získání svalové síly.

Izotonické cvičení - zapojuje stahování svalů a pohyblivost kloubů. Je dobré pro jedince, kteří chtějí podpořit celkový tělesný vzhled.

Izokinetické cvičení - zahrnuje pohyblivost kloubů a cvičení síly, zahrnuje i překonávání odporu. Jde o cvičení v tělocvičnách, kde jsou trenažéry.

Anaerobické cvičení - zahrnuje krátkodobý výbuch energie, spotřeba kyslíku je při něm v normálních mezích.

Aerobické cvičení - je při něm typické zvýšení potřeby kyslíku a to po delší dobu, projevuje se i zvýšením srdeční činnosti. Do této skupiny cvičení patří plavání, běh na dlouhé tratě. ^[32]

5.3.3 Zásady správného pohybu

- je důležité dávat přednost v životě tomu, co obsahuje fyzickou aktivitu
- upřednostňuje chůzi pěšky, před jízdou autem
- vyhýbat se eskalátorům a výtahům
- sportovní aktivitu vykonávat alespoň 1x až 2x týdně
- dávat přednost sportům, které jsou vytrvalostní, před těmi, co vyžadují krátkou a rychlou námahu
- nevrhnout se do sportovní aktivity bez přípravy
- dobré je provádět sportovní aktivitu ve dvou

- pokud vybraná sportovní aktivita přestane být zajímavá, je dobré si vybrat něco jiného [31]

5.4 Dramaterapie

5.4.1 Definice dramaterapie

„Dramaterapie je léčebně-výchovná disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“ [9]

5.4.2 Formy dramaterapie

Ambulantní forma - je většinou prováděna v občanských sdruženích, privátní praxi a neziskovém sektoru, speciálních škol a denních center. Na dramaterapii se nahlíží jako na nosný terapeuticko-formativní postup, kdy jedinci dochází např. 1x týdně do zařízení na lekci.

Klinická forma - je záležitostí léčeben, psychiatrických oddělení a klinik. Je považována za doplňkovou terapii. Vychází z toho, že u klientů je lepší jakákoliv aktivita, než pasivita.

Individuální dramaterapie - u nás není tak rozšířená jak ve světě. Využívá se u klientů, kteří trpí autismem a posttraumatickými psychickými poruchami.

Skupinová dramaterapie - je hlavním terapeutickým prostředkem. [9]

5.4.3 Psychodrama

Psychodrama lze charakterizovat jako dramatickou improvizaci, která je využívána k terapeutickým účelům. Jedinec při ní dramatizuje svoje zážitky, přání, postoje a fantazie. Jedinec na jevišti hraje sám sebe a svůj vlastní příběh. Publikum mu poskytuje podporu. Ostatní jedinci, kteří hrají, působí jako fiktivní či skutečné postavy dramatu. Tato terapie se využívá k proniknutí do minulých traumatických zážitků a k jejich rozpoznání. V psychodramatu se vždy řeší osobní problém klienta. U nás i v jiných evropských zemích je psychodrama v řízení psychologa nebo psychiatra. [9]

5.5 Arteterapie

5.5.1 Definice arteterapie

Arteterapii lze charakterizovat v širším slova smyslu jako umění, včetně poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užším slova smyslu ji lze charakterizovat jako léčbu výtvarným uměním. ^[30]

5.6 Muzikoterapie

5.6.1 Definice muzikoterapie

„Muzikoterapie je pragmaticky a empiricky orientovaná vědecká disciplína, stojí v systému hudebních věd na hranici s hudební psychologíí, pedagogikou, sociologíí, etnologíí, hudební akustikou a hudební teorií, filozofíí a estetikou.“ ^[11]

5.6.2 Formy muzikoterapie

Receptivní muzikoterapie - její hlavní podstatou je zaměření na poslech mnoha zvuků, šumů, hudby nebo ticha. Závisí na individuálních schopnostech jedince, jak jedinec dokáže pochopit a přijímat zvuky.

Aktivní muzikoterapie - je to aktivní proces, kdy klient pracuje sám s hlasem, nebo s hudebním nástrojem. ^[11]

5.7 Meditace

Pomáhá nabrat energii na následující den, přinese pocit vnitřního míru, poklidu a harmonie. Více se vyvíjela na východní straně, ale i západní medicína na ní nahlíží jako na něco, co přináší snížení stresu a vysokého krevního tlaku a navodí upevnění celkového zdravotního stavu. V podstatě meditace znamená zklidnění mysli. Nejvhodnější doba pro meditaci je ráno, před odchodem do práce a nebo doma, než se začnou provádět denní úkoly. ^[23]

5.7.1 Druhy meditace

Dechová meditace - v průběhu dechové meditace probíhá soustředění mysli na vlastní nádech a výdech, aniž by byla měněna kvalita dechů nebo výdechů. Dýchání by mělo být pouze nosem a soustředění by mělo být pouze na tuhle činnost dýchání.

Mantrická meditace - meditace pomocí jednotlivých zvuků, které pomáhají navodit stav meditace, používané jsou zvuky „Om“. Je možné si vybrat i svá vlastní slova, která mají pro jedince nějaký zvláštní význam.

Meditace nad předmětem - jako věc lze použít cokoliv, ale nejlepší je věc, která má normální tvar a nebude zbytečně jedince rozptylovat. Do mysli jedince je třeba vstřebat co nejpřesnější tvar daného předmětu, jeho barvu, tvar a vzor. ^[23]

5.7.2 Jak s meditací začít

Potřeba si najít klidné místo, posadit se do vhodné polohy, spojit prsty palce a ukazováku dohromady. Myšlenky by měly být soustředěné na správné dýchání. Pokud dojde k odvedení pozornosti od meditace, měla by být provedena co nejrychlejší náprava zpět. Cvičení by mělo trvat bez přerušování a to po dobu 10 až 15 minut. ^[23]

Podle studií kardiologa Herberta Bensona při meditaci zkoumaní jedinci spotřebovali o 17% méně kyslíku a vydechli méně oxidu uhličitého. ^[5]

5.8 Akupresura

Akupresura je používána již po tisíce let, je součástí tradiční čínské metody. Hlavním pracovním nástrojem akupresury je tlak pomocí konečku prstů. Akupresurní body jsou rozloženy po celém těle jedince. Jsou pojmenovány podle dráhy, ve které leží. ^[23]

(jednotlivé akupresurní body viz. příloha IV.)

5.9 Akupunktura

Dá se popsat jako součást tradiční čínské medicíny. Je praktikována více než 3500let. Hlavní vírou je, že vesmír se skládá ze základní životní síly, která je popisována jako čchi. Má dvě složky, energii jing a jang, které jsou dva protiklady a také navzájem se doplňují. Jing a jang se často znázorňují v kruhu.

Podle zastánců akupresury čchi proudí tělem ve 12 kanálech neboli meridiánech, šesti jingových a šesti jangových. Každý meridián má 365 kritických bodů. Akupresuristův úkol je obnovení rovnováhy pomocí stimulace meridiánů. Stimulaci provádí pomocí umístěním jehel. ^[17]

5.10 Masáž a automasáž

Masáž je prostředkem, kterým dochází k uvolnění těla po stresujícím dni. Tělo je propojeno s duší, pokud dojde k uvolnění těla nastává i uvolnění po stránce duševní. Mezi hlavní místa pro uložení napětí patří ramena, krk, dolní čelist a spánky. ^[23]

Masáž pomáhá odstraňovat stres, napětí a bolesti svalů, zmírňuje problémy se spánkem a bolesti hlavy. Dále masáž působí i na podporu funkce mnoha tělesných soustav, napomáhá hojení a posiluje svaly. ^[1]

5.10.1 Techniky masáží

Klouzavé hmaty - tyto hmaty zahrnují techniku dlouhých a hladivých pohybů, které jsou prováděny plochou stranou dlaně.

Středně hluboké hmaty - jsou hmaty, které patří do skupiny pohybů hnětení, ždímání a přitahování kůže a svalů.

Tření - dá se označit jako masáž pojivové tkáně, palci nebo konečky prstů se vyvíjí tlak na určité místo.

Tepání - dají se popsat jako rychlé a dobře stimulující pohyby, do těchto pohybů lze zařadit sekání, pleskání a bušení. ^[1]

5.10.2 Celkový postup při masáži těla

Masáž by měla začít u přední části nohou, dále přejít na chodidla a kotníky. Poté by se měla přesunout na paže a ruce, hrudník, krk a ramena. Dále postoupit do oblasti obličeje, a skončit by měla u břicha a pasu. Na zadní straně těla by měla být masáž nohou a hýždí, poté zad a ramen. ^[1]

5.10.3 Zásady pro masáž

Vhodné prostředí, podložené tělo. Masáž není vhodné provádět na posteli. Vždy by měly být přítomné ručníky, které se hodí pro zakrytí odhalených částí těla. Masírovaná osoba by měla mít podepřenou hlavu polštářkem nebo ručníkem. Masér by měl mít volný oděv, boty bez podpatku, šperky a prsteny by měly být sundané a nehty nakrátko ostříhané. K masáži je možné použít i oleje, mezi základní patří vinný, slunečnicový, mandlový. ^[1]

5.10.4 Kdy není masáž vhodné provádět

Masáž není vhodné provádět pokud jedinec trpí vysokým krevním tlakem, u srdečních příhod, u bakteriálních a virových infekcí, při vysokých horečkách, při nechutenství, u bolestí břicha, u otevřených ran na kůži a při nádorovém onemocnění. ^[1]

5.10.5 Automasáž

Nejlepší uvolnění navodí automasáž, která bude pomalejší, plynulá a navozená zrakovými představami. Automasáž by měla být prováděna na klidném místě, kde se jedinec bude cítit uvolněně. ^[23]

(jednotlivé techniky automasáže a reflexní masáže viz. příloha V, VI.)

5.11 Jóga

Původně jóga pochází z Indie, je více jak pět tisíc let stará. Poprvé byla popsána před dvěma a půl tisíci lety. Jógu lze rozlišit na hathajógu a meditační jógu. Jóga pomáhá najít cestu k sebeosvobození a k náboženství. Další výhody jógy jsou omlazení a posílení těla a regulace tělesných funkcí. Ulehčuje od zažívacích obtíží, hemeroidů a bolestí. U jógy je potřeba všechny pohyby provádět pomalu a s rozvahou. Vždy by mělo být možno jejich přerušování i při sebemenší bolesti. ^[26]

5.11.1 Výživa u jógy

Potraviny by měly být konzumované v co nejpřírodnějším stavu, není vhodné mít ve svém jídelníčku bílou mouku. Vhodné jsou ryby, zelenina, ovoce, mléčné výrobky a obilniny. Dále jsou vhodné ořechy, sušené ovoce a jogurt. ^[26]

5.11.2 Čas

Nejvhodnější doba pro provádění jógy je hned ráno po probuzení, nebo večer před usnutím. Po ránu jóga dodá pocit energie. Večer cvičení jógy přispěje k uvolnění a postará se o dobrý spánek. ^[26]

5.11.3 Místo

Nejvhodnějším místem pro jógu je tam, kde je klid a kde nejsou žádné rušivé elementy. Podložka, na které je jóga prováděna, by neměla být příliš měkká. ^[26]

5.11.4 Zásady pro provádění jógy

Jóga by měla být cvičena pravidelně. Cviky by měly být střídány pomalu a postupně. V konečném postavení by mělo být setrvání do té doby, pokud to nebude nepříjemné. Postavení by mělo být ukončené pomalu, stejně jako jeho nástup. Nepřekonávat síly a dělat jen pohyby, které jsou bezpečně zvládnutelné. Mezi jednotlivými cviky by měl být odpočinek. ^[26]

5.12 Psychoterapie

Psychoterapii lze popsat jako léčbu prostřednictvím duše. V praxi jsou to metody, které využívají psychologické metody. ^[17]

5.12.1 Druhy psychoterapií

Biologická psychoterapie - je zaměřena převážně na používání léků.

Psychodynamická terapie - je zaměřena především na psychoanalýzu. Hlavním cílem psychoanalýzy je odhalit nevědomé konflikty, které jsou odpovědné za duševní nemoc jedince. Jedinec navštěvuje psychoanalytika minimálně 1x týdně, v léčbě pokračuje několik měsíců, nebo týdnů.

Behaviorální terapie - je zaměřena především na teorie učení. Podstatou behaviorální terapie je změnit současné chování jedince, bez pátrání v klientově minulosti. Terapie tvrdí, že veškeré chování klient získal učním, proto je možné pomocí odnaučení odstranit jeho špatné chování a přivést ho k chování novému.

Kognitivní terapie - je zaměřena především na změnu myšlení. Vychází z hlavních představ, které jsou založeny na tom, že duševní poruchy jsou následkem chybných vzorců myšlení. Používá se pro léčbu mnoha poruch jako jsou: fobie, schizofrenie, deprese, úzkosti.

Humanistická terapie - je zaměřena na podporu člověka k dosažení vlastních cílů. Zdůrazňuje individualitu lidských bytostí. Má za cíl odstranit bloky jedinců, které způsobují zablokování osobního růstu jedince. Dále umožní jedinci dostat se do kontaktu se svým vlastním já.

Skupinová terapie - je to sdružení jedinců, kteří se nacházejí v podobných situacích. Jedinci si navzájem pomáhají .

Komplementární (doplňková) terapie - používá širokou paletu přístupů. ^[17]

5.13 Hypnóza

5.13.1 Definice hypnotické indukční procedury dle H. Spiegla

„Indukční technika je každá interpersonální procedura, pomocí níž může jedna osoba vyvolat transové fenomény u druhého jedince.“ ^[25]

5.13.2 Provádění hypnózy

Hypotéza potřebuje ke svému provádění speciální místo. Nejlepším místem, kde se hypnóza dříve prováděla, byla místnost s tlumeným světlem a s příjemným a pohodlným nábytkem, která byla jak ordinace, ovšem bez lékařských nástrojů. V dnešní době jsou doporučení jiná. Prostředí může mít zcela civilní ráz, ale podle výzkumů je vhodné, aby bylo i přepychově zařízeno, působí na jedince lépe než nepořádek.

Vlastnosti hypnotizéra nehrají při hypnóze podle výzkumů žádnou roli.

První hypnóza podle L.R.Wolberga se skládá za 6 fází: *„1. motivace klienta k hypnóze, 2. testy sugestibility, 3. přípravní rozhovor, 4. hypnotická indukce, 5. prohlubování hypnózy, 6. následná diskuze a rozbor.“*

Další hypnotické sezení obsahuje úplně stejné fáze kromě první a druhé. ^[25]

5.14 Autogenní trénink

Hlavní podstatou autogenního tréninku je nácvik schopností jedince, který bude poté schopen navodit si pomocí soustředění na určité myšlenky stav příjemného, hlubokého klidu a stav uvolnění.

Hlavními principy autogenního tréninku jsou uvolnění, tedy relaxace a soustředění, tedy koncentrace. Znamená stav, kdy jedinec je schopen se plně soustředit při maximálním tělesném uvolnění. Hlavní účinek autogenního tréninku je protistresový, dochází při něm ke zpomalení dechu, ke snížení krevního tlaku, snižuje se hladina cukru.

Používá se u zdravých jedinců, ale je používán i při léčbě různých poruch a nemocí. Důležitá je správná motivace jedince k provádění autogenního tréninku, jeho nácvik trvá 8 až 12 týdnů. Zpočátku se doporučuje cvičit 3x denně, jedinec je schopen tuto techniku zvládnout zcela sám, ale doporučuje se ze začátku konzultace s terapeutem.

Správná poloha by měla být vleže na zádech, kdy jsou ruce položené podél těla, hlava je mírně podložena a jedinec se nachází v klidné místnosti. Měl by mít pohodlné oblečení.

[28]

5.14.1 Kroky autogenního tréninku

Nácvik autogenního tréninku probíhá v 6 stupních. Jedinec může začít s cvičením jednotlivých kroků postupně. Vždy přejde o krok výš, až po dostatečném zvládnutí předchozího kroku, nebo může nacvičovat všech 6 kroků dohromady.

„Kroky jsou:

1. *nácvik tíhy*
2. *nácvik tepla*
3. *nácvik klidného dechu*
4. *nácvik klidného tepu srdce*
5. *nácvik tepla v břiše*
6. *nácvik chladného čela*“ [28]

5.14.2 Účinky autogenního tréninku

Po několika minutách dobrého cvičení nastává pocit uvolnění, pomáhá k lepšímu osvěžení sil během dne a k navození příjemného spánku. Dále pomáhá ke zklidnění emocí a vyrovnává výkyvy nálad. Pomáhá zmírňovat úzkost a depresi a podílí se na posílení imunitního systému. [28]

5.14.3 Léčebné využití autogenního tréninku

Autogenní trénink jednak mohou využívat jedinci zdraví a jednak jeho léčebný účinek je popisován především při chronických bolestech hlavy, při bolestivých záchvatech, při migrénách. Má dobré využití ve stomatologii, kdy se uplatňuje hlavně před operačními zákroky. Jeho využití je možné i při dýchacích obtížích, zvláště pak u astmatiků, a u jedinců trpících kožními chorobami u diabetiků a jeho využití je možné i v gynekologii a porodnictví. [28]

5.15 Aromaterapie

Její počátky se dají najít ve Starém Egyptě. Tam se používaly aromatické rostliny především v kosmetice a pro balzamování. Během vývoje se vonící látky používaly také k zažehnavání zlých duchů, nemocí a infekcí. [17]

5.16 Duševní hygiena

Duševní hygiena se zaměřuje na vytváření podmínek, které udržují naši duševní činnost, pomáhá udržet duševní zdraví a pomáhá zvýšit odolnost proti nepříznivým vlivům. Duševní hygiena nám pomáhá, jak správně chránit, zachovávat, nebo znovuzískat duševní zdraví. Zdraví člověka je stav úplné tělesné i duševní pohody. [2]

Do duševní hygieny jedince i zdravotní sestry lze zařadit:

- snažit se o pozitivní start do nového dne, vstávat s pozitivním naladěním
- naučit se správným technikám dýchání
- správné rozvržení svého času
- snažit se o nepřetěžování svého organismu
- mít možnost a schopnost umět se bavit, umět se zasmát

- věnovat péči svému tělu i svojí duši
- mít pro co žít
- nepřetvařovat se a být tím, kým jsme
- naučit se čerpat sílu a energii z přírody
- mít pravidelný kontakt s přáteli a rodinou
- snažit se o upořádání vhodných pracovních podmínek ^{[2] [22] [23] [31]}

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE A HYPOTÉZY PRŮZKUMU

Před začátkem svého průzkumu jsem si stanovila následující cíle a hypotézy.

6.1 Cíle

- 1) Zjistit, jak často se sestry setkávají na svém pracovišti se zátěžovými situacemi a jak tuto zátěž hodnotí (standardní interní oddělení, standardní chirurgické oddělení, léčebna dlouhodobě nemocných ve Zlíně a Geriatrické oddělení v Brně, ambulance).
- 2) Zjistit, s jakými nejčastějšími psychickým zátěžemi se sestry setkávají a co sestry považují za největší psychickou zátěž ve své profesi.
- 3) Zhodnotit, zda jsou sestry seznámeny a zda provádějí preventivní opatření proti zátěžovým situacím.
- 4) Vytvořit informační materiály pro vedoucí pracovníky (staniční sestry a vrchní sestry jednotlivých oddělení).

6.2 Hypotézy

Cíl 1

Hypotéza 1

H01: Sestry se setkávají každou směnu se zátěžovými situacemi na svém pracovišti, tuto zátěž hodnotí a zvládají na stupnici bodem 5 a více.

HA1: Sestry se nesetkávají každou směnu se zátěžovými situacemi na svém pracovišti, tuto zátěž hodnotí a zvládají na stupnici bodem 5 a méně.

Cíl 2

Hypotéza 2

H02: Sestry hodnotí míru psychických zátěží na svém pracovišti bodem 5 a více.

HA2: Sestry hodnotí míru psychických zátěží na svém pracovišti bodem 5 a méně.

Hypotéza 3

H03: Sestry považují za nejvíce zátěžové komunikaci s klientem a lékaři a nedostatek času na rodinu.

HA3: Sestry nepovažují za nejvíce zátěžové komunikaci s klientem a lékaři a nedostatek času na rodinu.

Cíl 3**Hypotéza 4**

H04: Sestry jsou seznámeny s možnostmi prevence a prevenci provádí.

HA4: Sestry nejsou seznámeny s možnostmi prevence a prevenci neprovádí.

Ze stanovených cílů průzkumu vyplývá následující:

- výběr čtyř skupin průzkumného vzorku respondentů
- sestavení dotazníků pro průzkumný vzorek respondentů
- realizace dotazníků ve vybraných průzkumných vzorcích
- rozbor a vyhodnocení vrácených dotazníků
- zhodnocení výsledků dotazníkového šetření a jejich interpretace

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Charakteristika průzkumného vzorku

Na realizaci průzkumného šetření se podílelo 160 respondentů. Průzkumné šetření bylo prováděno od prosince roku 2008 do ledna roku 2009 ve dvou nemocnicích. Místem výzkumu, kde jsem prováděla průzkumné šetření, byla nemocnice KNTB, a.s. a FN Brno Bohunice. Celkem jsem v rámci svého průzkumného šetření rozdala 240 dotazníků. Respondenty průzkumného šetření byly všeobecné zdravotní sestry pracující v KNTB, a.s. a FN Brno Bohunice. Rozdala jsem 30 dotazníků na každém oddělení. Na interní oddělení, chirurgické oddělení, LDN, geriatrii, ambulance. Z toho se mi vrátilo z KNTB, a.s. úplně vyplněných 25 dotazníků od sester pracujících na standardním interním oddělení, 18 dotazníků sester pracujících na standardním chirurgickém oddělení, 19 dotazníků od sester pracujících v léčebně dlouhodobě nemocných a 20 dotazníků od sester pracujících na ambulancích. Z FN Brno Bohunice se mi vrátilo úplně vyplněných 15 dotazníků od sester pracujících na standardním interním oddělení, 22 dotazníků od sester pracujících na standardním chirurgickém oddělení, 21 dotazníků od sester pracujících na geriatrickém oddělení a 20 dotazníků od sester pracujících na ambulancích. Celkem jsem musela vyřadit 8 dotazníků pro jejich neúplnost. Odpovědi ze stejných oddělení jsem navzájem sečetla a celkem jsem získala 40 respondentů pracujících na standardním interním oddělení, 40 respondentů z chirurgického standardního oddělení, 40 respondentů z oddělení pro dlouhodobě nemocné a z geriatrického oddělení a 40 respondentů z ambulancí. Proto, aby výsledky byly více objektivní, jsem zvolila dvě nemocnice, abych získala větší počet respondentů. Vybrala jsem si tyto nemocnice, protože KNTB, a.s. je velká krajská nemocnice ve Zlínském kraji a FN Brno Bohunice je velká fakultní nemocnice v Jihomoravském kraji. Obě nemocnice jsou ve velkém městě. Dotazníky jsem do KNTB, a.s. donesla osobně. Rozdala je na jednotlivé oddělení po domluvě s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a vrchními sestrami jednotlivých pracovišť. Ve FN Brno jsem byla domluvena s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči e-mailem a osobně jsem donesla dotazníky vrchním sestram jednotlivých pracovišť. Spolupráce s vrchními sestrami a staničními sestrami v obou nemocnicích byla vstřícná.

7.2 Metoda práce

V praktické části jsem si pro svůj průzkum zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření mělo formu kvantitativní. Tento druh jsem si vybrala z důvodu zahrnutí většího počtu respondentů a lepšího zpracování výsledků. Dotazníky jsem rozdala anonymním způsobem všeobecným zdravotním sestřám na různých odděleních v nemocnici KNTB, a.s. a FN Brno Bohunice.

Dotazník obsahuje celkem 20 otázek, kdy první jsou kontaktní, další použité otázky jsem si stanovila k jednotlivým cílům a hypotézám. Poslední otázka, která není označená číslem, je ponechána pro respondenty jako možnost vyjádřit svoje připomínky a poznámky k dotazníku. Respondentům jsem na vyplnění dotazníku ponechala 2 měsíce. V dotazníkovém šetření jsem zvolila otázky uzavřené dichotomické a polynomické, polouzavřené. Respondenti v dotazníku na některé otázky mohli odpovídat pouze jednou odpovědí z více nabídnutých možností. Na další typ otázek, které jsem použila ve svém dotazníku, měli možnost vybrat více odpovědí z více nabídnutých možností. V některých otázkách mohli respondenti napsat do kolonky jiné svoji odpověď, která jim v dotazníku chyběla. Otázky jsem si stanovila na základě cílů a hypotéz. Zvolila jsem je tak, abych mohla potvrdit nebo vyvrátit nulovou a alternativní hypotézu, které jsem ověřovala, pomocí statistické metody.

Dotazník jsem si vybrala, protože je to metoda, která se dá využít u více respondentů najednou. Je to metoda rychlejší a lépe vyhodnotitelná. Další výhodou této metody je její anonymita a možnost si jednotlivé otázky dostatečně rozmyslet. Nevýhody v této metodě vidím v menší návratnosti než je 100,00 %. Další nevýhodou v dotazníku je možné nedostatečné pochopení otázek ze strany respondentů. Ve svém dotazníku jsem se snažila zvolit více otázek uzavřených a polouzavřených, kde jsem respondentům nabídla možnost vybrat odpověď z více nabídnutých možností. V dotazníku jsem poslední otázku ponechala pro respondenty, jako možnost vyjádřit svoje připomínky.

7.3 Charakteristika položek

V dotazníku jsou otázky č. 1, 2, 3, 4 kontaktní, slouží pro zjištění základních údajů o respondentech a k navázání kontaktu. Další otázky, které jsem použila, jsou otázky uzavřené dichotomické č. 19, otázky č. 1, 2, 3, 16 jsou otázky uzavřené polynomické,

otázky č. 5, 8, 9, 11, 13 jsou otázky uzavřené. Otázky č. 4, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 20 jsou otázky polozavřené, otázka č. 18 je první část uzavřená dichotomická filtrační a druhá část polozavřená.^[16]

K cíli číslo 1 se vztahuje hypotéza č. 1, ke které jsem zvolila otázky č. 5, 6, 8. K cíli číslo 2 se vztahuje hypotéza č. 2, ke které jsem si stanovila otázky č. 9, 11, 13. Dále se k cíli číslo 2 vztahuje hypotéza č. 3, ke které jsem si stanovila otázky č. 10, 12, 14. K cíli č. 3 se vztahuje hypotéza č. 4 a stanovila jsem si k ní otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20. Otázku číslo 7 jsem vyjádřila pomocí procentuálního vyjádření a pomocí součtu bodů. Poslední otázka, která není označená číslem, je ponechána pro respondenty jako možnost vyjádřit svoje připomínky a poznámky k dotazníku.

7.4 Organizace šetření

Dotazníků jsem rozdala celkem 240. Z toho 120 dotazníků do nemocnice KNTB, a.s., a to 30 dotazníků na standardní interní oddělení, 30 dotazníků na standardní chirurgické oddělení, 30 dotazníků na oddělení pro léčbu dlouhodobě nemocných a 30 dotazníků do ambulancí. Celková návratnost ze 120 dotazníků (tj. 100,00 %) byla 84 dotazníků (tj. 70,00 %). Pro neúplnost jsem musela vyřadit 2 dotazníky (tj. 1,66 %). Celkem jsem proto vyhodnocovala 82 dotazníky (tj. 68,34 %). Návratnost z jednotlivých oddělení byla ze standardního interního oddělení 25 dotazníků (tj. 83,33 %), ze standardního chirurgického oddělení 18 dotazníků (tj. 60,00 %), z léčebny pro dlouhodobě nemocné 19 dotazníků (tj. 63,33 %), z ambulancí 20 dotazníků (tj. 66,66 %). Zbýlých 36 dotazníků se mi nevrátilo (tj. 30,00 %).

Dalších 120 dotazníků jsem rozdala v nemocnici FN Brno Bohunice, a to 30 dotazníků na standardní interní oddělení, 30 dotazníků na standardní chirurgické oddělení, 30 dotazníků na geriatrické oddělení a 30 dotazníků do ambulancí. Celková návratnost ze 120 dotazníků (tj. 100,00 %) byla 84 dotazníků (tj. 70,00 %). Pro neúplnost jsem musela vyřadit 6 dotazníků (tj. 5,00 %). Celkem jsem proto vyhodnocovala 78 dotazníků (tj. 65,00 %). Návratnost z jednotlivých oddělení byla ze standardního interního oddělení 15 dotazníků (tj. 50,00 %), ze standardního chirurgického oddělení 22 dotazníků (tj. 73,33 %), z léčebny dlouhodobě nemocných 21 dotazníků (tj. 70,00 %), z ambulancí 20 dotazníků (tj. 66,66 %). Zbýlých 36 dotazníků se mi nevrátilo (tj. 30,00 %).

Předpokládala jsem, že návratnost dotazníků bude větší. Hlavní příčinou menší návratnosti dotazníků podle mě bylo to, že se neustále rozdává mnoha dotazníků od studentů. Sestry jsou mnoha dotazníky na jednotlivých odděleních přesyceny. Mají málo času na jejich vyplnění a ztrácí o ně zájem. Další problém, se kterým jsem se setkala, byla nedostatečná komunikace na oddělení, kdy sestry o dotaznících nevěděly, protože jim kolegyně nic neřekly. V Brně jsem se setkala s názorem sester, které říkaly, že takové dotazníkové šetření, co studenti dělají, k ničemu není, protože i když to všechno vyplní, tak se stejně nic nezmění.

7.5 Zpracování získaných dat

Ke zpracování získaných dat z dotazníkového šetření jsem použila tabulky a grafy, které jsem zpracovávala v programu Microsoft Office Excel. V tabulkách jsem vypočítala u kontaktních otázek počet respondentů a procentuální vyjádření, kdy počet respondentů udává počet dotazovaných, kteří odpovídali v otázce stejnou nabídnutou možností. Procentuální vyjádření v % vyjadřuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.^[16]

Tabulky a grafy jsem použila při vyhodnocování kontaktních otázek (otázka č. 1 - 4). V těchto otázkách jsem pro lepší přehlednost použila ke každé otázce jednu tabulku a jeden graf. V každé tabulce jsem srovnávala odpovědi respondentů mezi jednotlivými odděleními (standardním interním oddělením, standardním chirurgickým oddělením, léčebnou pro dlouhodobě nemocné, geriatrickým oddělením a ambulancí) a poté jsem je vyjádřila graficky. Grafy jsem barevně rozlišila pro lepší přehlednost. Na konci každé otázky jsem provedla slovní zhodnocení získaných dat.

V dalších otázkách, které jsem si stanovila na základě cílů a hypotéz, jsem použila pro jejich potvrzení nebo vyvrácení statistickou metodu. Hypotézy jsem si proto stanovila alternativní a nulové, abych mohla lépe prokázat jejich pravdivost nebo je vyvrátit. Statistickou metodou, kterou jsem si vybrala pro zpracování dotazníkového šetření, je test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

7.6 Popis metody

Ke zpracování zjištěných dat u otázek č. 5 až 20, mimo otázku č. 7, jsem použila statistickou metodu test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Tato metoda se dá popsat jako: *„Jde o ověření nulové hypotézy v podobě tvrzení, že empirická pozorování jsou v souladu s předpoklady o pravděpodobnostním rozdělení určitého znaku. Při použití tohoto kritéria se porovnávají rozdíly mezi empirickými (skutečně zjištěnými) četnostmi a četnostmi teoretickými (očekávanými, vypočítanými). Východiskem pro hodnocení závislosti dvou kvalitativních znaků je sestavení tzv. kontingenční tabulky.“* ^[16]

Pro statické vyhodnocení jsem si stanovila dvě hypotézy H₀ a H_A, kdy H₀ je hypotéza nulová a H_A je alternativní. Tyto hypotézy jsou navzájem testovány. *„Pokud jsou rozdíly mezi teoretickými a empirickými četnostmi v jednotlivých políčkách kontingenční tabulky příliš výrazné (velké), pak je málo pravděpodobné, že by nulová hypotéza platila a platnosti nabývá hypotéza alternativní. Tato hypotéza tvrdí, že veličiny, které se navzájem ovlivňují, jsou závislé. Jsou-li však rozdíly (blízké nule) (malé), pak se závislost (asociaci) uvedených veličin nepodařilo prokázat. Rozhraní tvoří tzv. kritické hodnoty, které jsou vypočítány pro zvolenou hladinu významnosti.“* ^[16]

V bakalářské práci jsem použila tři druhy tabulek. V první tabulce, která je označena názvem otázky, jsou uvedeny odpovědi respondentů na jednotlivé možnosti. Druhá tabulka je tabulka očekávaných četností "O". Očekávaná četnost se vypočítá tak, že: *„vždy vynásobíme odpovídající marginální četnosti v tabulce a poté vydělíme celkovou četností.“* ^[33] V třetí tabulce se počítá hodnota x^2 (chí-kvadrát). Kdy *„ x^2 je ukazatelem velikosti rozdílu mezi skutečností a vyslovenou nulovou hypotézou. Takto vypočítanou hodnotu srovnáváme s kritickou hodnotou testovaného kritéria chí-kvadrát pro zvolenou hladinu významnosti a počet stupňů volnosti f.“* ^[33]

Vzorec pro chí-kvadrát je:

$$(P - O)^2 : O \quad (1)$$

Kdy P je pozorovaná četnost a "O". je očekávaná četnost. Hodnota f se vypočítá pomocí vzorce:

$$f = (r - 1).(s - 1) \quad (2)$$

r označuje počet řádků a s označuje počet sloupců. „Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významnosti se najde v tabulkách kritická hodnota $\chi^2_{0,05}$.“ [33]

7.6.1 Kritická hodnota testovaného kritéria χ^2

Tab. 1. Kritická hodnota testovaného kritéria χ^2 [27]

Stupně volnosti	Hladina významnosti 0,05	Stupně volnosti	Hladina významnosti 0,05
1	3,841	16	26,296
2	5,991	17	27,587
3	7,815	18	28,868
4	9,483	19	30,144
5	11,070	20	31,410
6	12,592	21	32,671
7	14,067	22	33,924
8	15,507	23	35,172
9	16,919	24	36,415
10	18,307	25	37,652
11	19,675	26	38,885
12	21,026	27	40,113
13	22,362	28	41,337
14	23,685	29	42,557
15	24,996	30	43,773

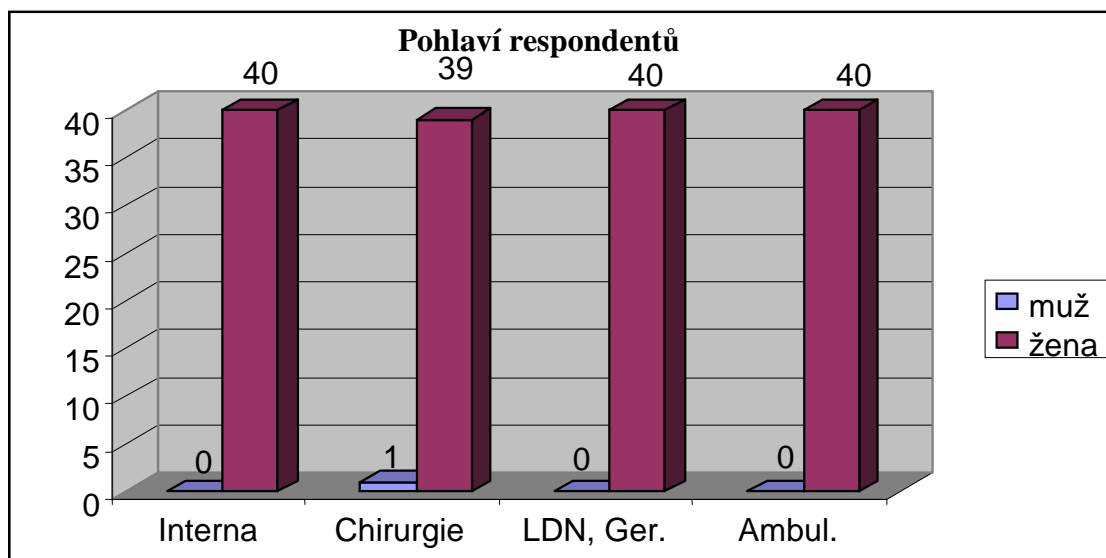
8 ANALÝZA A STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ, OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ

8.1 Kontaktní otázky

Otázka č. 1: Jste:

Tab. 2. Pohlaví respondentů

Pohlaví	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambulance
muž	0	1	0	0
žena	40	39	40	40
Celkem	40	40	40	40



Graf 1. Pohlaví respondentů

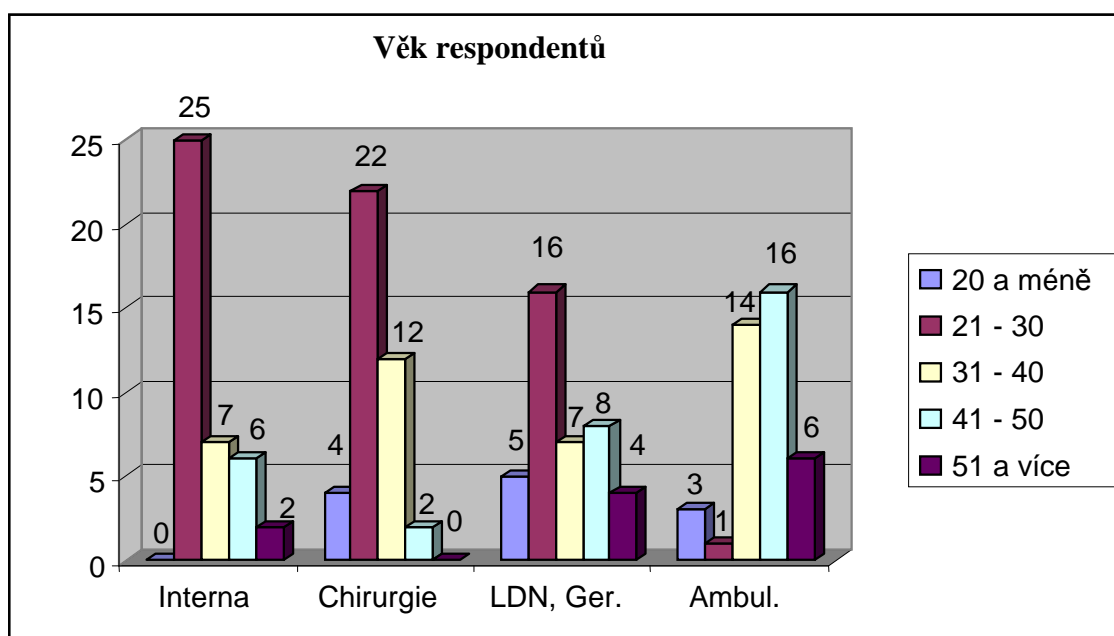
Komentář:

Na dotazníkové šetření v KNTB, a.s. a ve FN Brno Bohunice odpovídalo celkem 160 respondentů. Z toho 40 respondentů ze standardního interního oddělení, z toho 40 žen (tj. 100,00 %) a 0 mužů (tj. 0,00 %), 40 respondentů ze standardního chirurgického oddělení, z toho 39 žen (tj. 97,50 %) a 1 muž (tj. 2,50 %), 40 respondentů z oddělení pro dlouhodobě nemocné a z geriatrického oddělení, z toho 40 žen (tj. 100,00 %) a 0 mužů (tj. 0,00 %), 40 respondentů z ambulancí, z toho 40 žen (tj. 100,00 %) a 0 mužů (tj. 0,00 %).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tab. 3. Věk respondentů

Věk	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambulance
20 a méně	0	4	5	3
21 - 30	25	22	16	1
31 - 40	7	12	7	14
41 - 50	6	2	8	16
51 a více	2	0	4	6
Celkem	40	40	40	40



Graf 2. Věk respondentů

Komentář:

V průzkumu bylo ze 40 respondentů ze standardního interního oddělení ve věku 20 a méně 0 respondentů (tj. 0,00 %), ve věku 21 až 30 bylo 25 respondentů (tj. 62,50 %), ve věku 31 až 40 7 respondentů (tj. 17,50 %), 41 až 50 let 6 respondentů (tj. 15,00 %) a 51 a více měli 2 respondenti (tj. 5,00 %). Ze 40 respondentů ze standardního chirurgického oddělení byli ve věku 20 a méně 4 respondenti (tj. 10,00 %), ve věku 21 až 30 22 respondenti (tj. 55,00 %), ve věku 31 až 40 12 respondentů (tj. 30,00 %), ve věku 41 až 50 2 respondenti (tj. 5,00 %) a 51 a více mělo 0 respondentů (tj. 0,00 %). Ze 40 respondentů z oddělení pro dlouhodobě nemocné a z geriatrického oddělení bylo

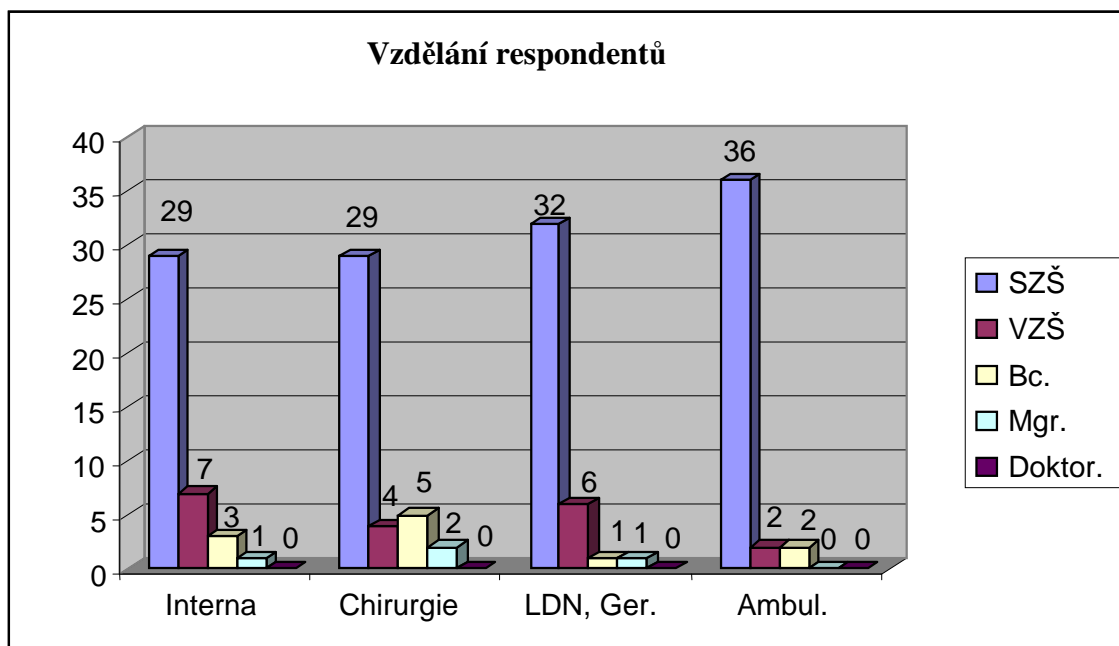
ve věku 20 a méně 5 respondentů (tj. 12,50 %), ve věku 21 až 30 16 respondentů (tj. 40,00 %), ve věku 31 až 40 7 respondentů (tj. 17,50 %), 41 až 50 mělo 8 respondentů (tj. 20,00 %) a 51 a více 4 respondenti (tj. 10,00 %). Ze 40 respondentů z ambulancí byli ve věku 20 a méně 3 respondenti (tj. 7,50 %), ve věku 21 až 30 1 respondent (tj. 2,50 %), ve věku 31 až 40 14 respondentů (tj. 35,00 %), 41 až 50 roků mělo 16 respondentů (tj. 40,00 %) a 51 a více 6 respondentů (tj. 15,00 %).

Otázka č. 3: Vaše dosažené vzdělání je:

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) vysoká škola - bakalářské studium
- d) vysoká škola - magisterské studium
- e) vysoká škola - doktorandské studium

Tab. 4. Vzdělání respondentů

Vzdělání	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambulance
a) SZŠ	29	29	32	36
b) VZŠ	7	4	6	2
c) Bc.	3	5	1	2
d) Mgr.	1	2	1	0
e) Doktor.	0	0	0	0
Celkem	40	40	40	40



Graf 3. Vzdělání respondentů

Komentář:

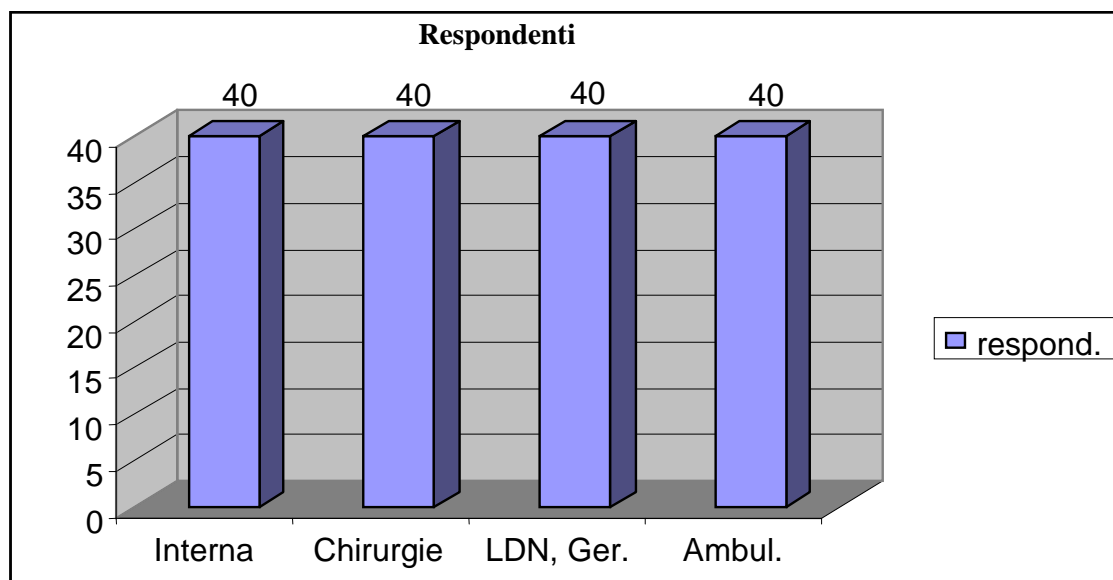
V průzkumu bylo 40 respondentů ze standardního interního oddělení, z toho 29 respondentů se středním zdravotnickým vzděláním (tj. 72,50 %), 7 respondentů s vyšší zdravotnickou školou (tj. 17,50 %), 3 respondenti s vysokoškolským bakalářským

vzděláním (tj. 7,50 %), 1 respondent s vysokoškolským magisterským vzděláním (tj. 2,50 %), 0 respondentů s doktorandským vzděláním (tj. 0,00 %). 40 respondentů bylo ze standardního chirurgického oddělení, z toho 29 respondentů se středním zdravotnickým vzděláním (tj. 72,50 %), 4 respondenti s vyšší zdravotnickou školou (tj. 10,00 %), 5 respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním (tj. 12,50 %), 2 respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním (tj. 5,00 %), 0 respondentů s doktorandským vzděláním (tj. 0,00 %). Ze 40 respondentů z oddělení pro dlouhodobě nemocné a z geriatrického oddělení bylo 32 respondentů se středním zdravotnickým vzděláním (tj. 80,00 %), 6 respondentů s vyšší zdravotnickou školou (tj. 15,00 %), 1 respondent s vysokoškolským bakalářským vzděláním (tj. 2,50 %), 1 respondent s vysokoškolským magisterským vzděláním (tj. 2,50 %), 0 respondentů s doktorandským vzděláním (tj. 0,00 %). 40 respondentů bylo z ambulancí, z toho 36 respondentů se středním zdravotnickým vzděláním (tj. 90,00 %), 2 respondenti s vyšší zdravotnickou školou (tj. 5,00 %), 2 respondenti s vysokoškolským bakalářským vzděláním (tj. 5,00 %), 0 respondentů s vysokoškolským magisterským vzděláním (tj. 0,00 %), 0 respondentů s doktorandským vzděláním (tj. 0,00 %).

Otázka č. 4: Na kterém oddělení pracujete?

Tab. 5. Místo pracoviště

Respondenti	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambulance
respondenti	40	40	40	40



Graf 4. Respondenti

Komentář:

Na dotazníkové šetření v KNTB, a.s. a ve FN Brno odpovídalo celkem 160 respondentů. Z toho 40 respondentů (tj. 25,00 %) ze standardního interního oddělení, 40 respondentů (tj. 25,00 %) ze standardního chirurgického oddělení, 40 respondentů (tj. 25,00 %) z oddělení pro dlouhodobě nemocné a z geriatrického oddělení, 40 respondentů (tj. 25,00 %) z ambulancí.

8.2 Statistické vyhodnocení otázek z dotazníku dle vytyčených hypotéz

8.2.1 Cíl č.1

8.2.1.1 Hypotéza č. 1

H01: Sestry se setkávají každou směnu se zátěžovými situacemi na svém pracovišti, tuto zátěž hodnotí a zvládají na stupnici bodem 5 a více.

HA1: Sestry se nesetkávají každou směnu se zátěžovými situacemi na svém pracovišti, tuto zátěž hodnotí a zvládají na stupnici bodem 5 a méně.

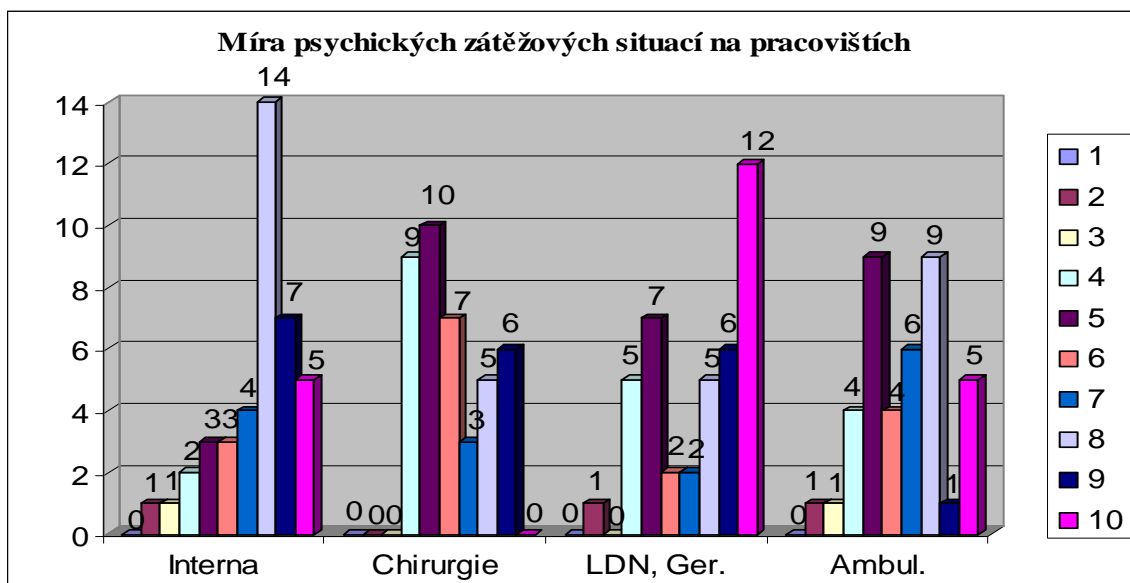
K hypotéze č. 1 se vztahují otázky č. 5, 6, 8.

Otázka č. 5:

Na stupnici od 1 do 10 zakreslete míru psychických zátěžových situací na vašem pracovišti. (Kdy 1 je nejnižší, 10 je nejvyšší míra psychických zátěžových situací.)

Tab. 6. Míra psychických zátěžových situací na pracovištích

Zátěž	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	0	0	0	0
2	1	0	1	1
3	1	0	0	1
4	2	9	5	4
5	3	10	7	9
6	3	7	2	4
7	4	3	2	6
8	14	5	5	9
9	7	6	6	1
10	5	0	12	5
Celkem	40	40	40	40



Graf 5. Míra psychických zátěžových situací na pracovištích

Tab. 7. Tabulka očekávaných četností "O" týkajících se míry psychických zátěžových situací na pracovištích

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	0,00	0,00	0,00	0,00
2	0,75	0,75	0,75	0,75
3	0,50	0,50	0,50	0,50
4	5,00	5,00	5,00	5,00
5	7,25	7,25	7,25	7,25
6	4,00	4,00	4,00	4,00
7	3,75	3,75	3,75	3,75
8	8,25	8,25	8,25	8,25
9	5,00	5,00	5,00	5,00
10	5,50	5,50	5,50	5,50

Tab. 8. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkajících se míry psychických zátěžových situací na pracovištích

x^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
2	0,0833	0,7500	0,0833	0,0833
3	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000
4	1,8000	3,2000	0,0000	0,2000
5	2,4914	1,0431	0,0086	0,4224
6	0,2500	2,2500	1,0000	0,0000
7	0,0167	0,1500	0,8167	1,3500
8	4,0076	1,2803	1,2803	0,0682
9	0,8000	0,2000	0,2000	3,2000
10	0,0455	5,5000	7,6818	0,0455

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti	x^2	42,3079
stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$	24	36,415
r – počet řádků	s - počet sloupců	

hladina významnosti: 0,05

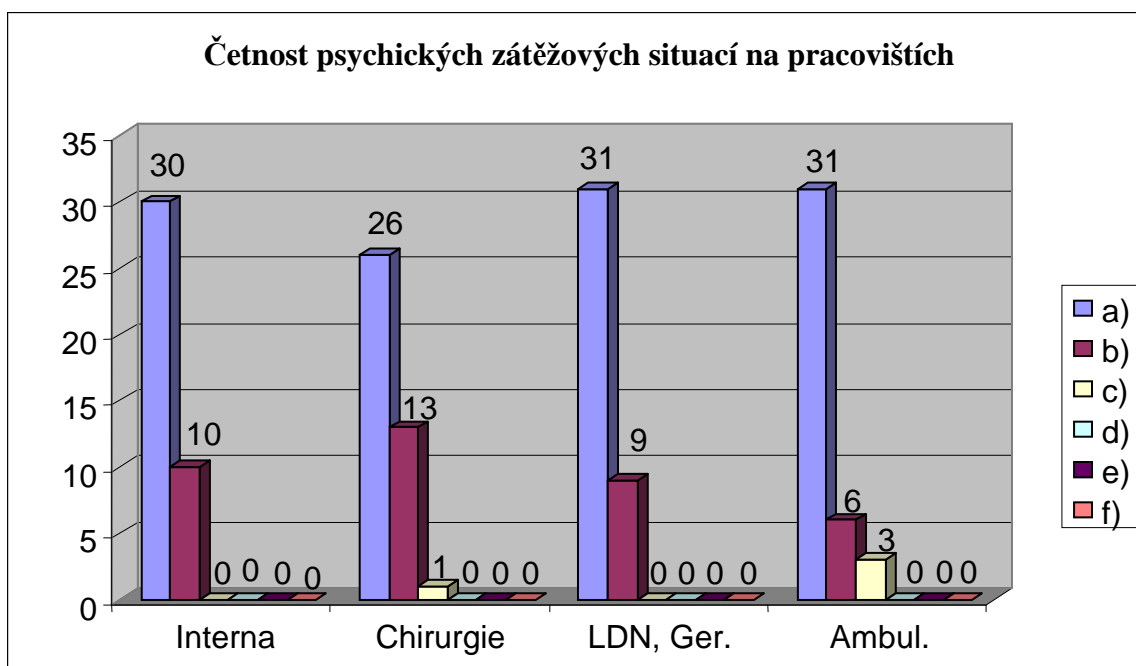
Vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 24. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti alternativní hypotézy.

Otázka č. 6:**Jak často se setkáváte s psychickými zátěžovými situacemi na svém pracovišti?**

- a) každou směnu
- b) 1x až 2x za týden
- c) 1x až 2x za měsíc
- d) 1x až 2x za rok
- e) nikdy
- f) jiné

Tab. 9. Četnost psychických zátěžových situací na pracovištích

Časnost	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	30	26	31	31
b)	10	13	9	6
c)	0	1	0	3
d)	0	0	0	0
e)	0	0	0	0
f)	0	0	0	0
Celkem	40	40	40	40



Graf 6 - Četnost psychických zátěžových situací na pracovištích

Tab. 10. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se četnosti psychických zátěžových situací na pracovištích

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	29,50	29,50	29,50	29,50
b)	9,50	9,50	9,50	9,50
c)	1,00	1,00	1,00	1,00
d)	0,00	0,00	0,00	0,00
e)	0,00	0,00	0,00	0,00
f)	0,00	0,00	0,00	0,00

Tab. 11. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se četnosti psychických zátěžových situací na pracovištích

χ^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	0,0085	0,4153	0,0763	0,0763
b)	0,0263	1,2895	0,0263	1,2895
c)	1,0000	0,0000	1,0000	4,0000
d)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
e)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
f)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti χ^2 9,20785

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 6 12,592

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

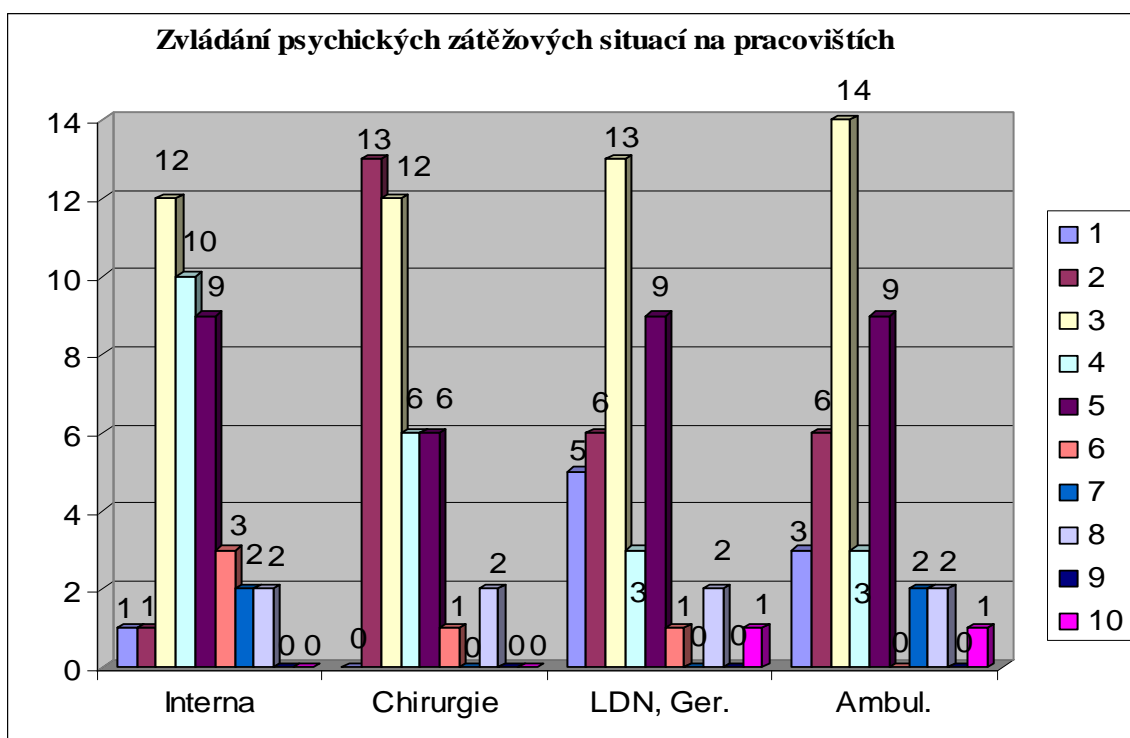
Vypočítaná χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 6. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka č. 8:

Na stupnici od 1 do 10 zakreslete, jak jste schopni zvládat psychické zátěžové situace na vašem pracovišti. (Kdy 1 je nejlepší zvládnání, 10 je nejhorší zvládnání.)

Tab. 12. Zvládání psychických zátěžových situací na pracovištích

Zátěž	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	1	0	5	3
2	1	13	6	6
3	12	12	13	14
4	10	6	3	3
5	9	6	9	9
6	3	1	1	0
7	2	0	0	2
8	2	2	2	2
9	0	0	0	0
10	0	0	1	1
Celkem	40	40	40	40



Graf 7. Zvládání psychických zátěžových situací na pracovištích

Tab. 13. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se zvládnání psychických zátěžových situací na pracovištích

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	2,25	2,25	2,25	2,25
2	6,50	6,50	6,50	6,50
3	12,75	12,75	12,75	12,75
4	5,50	5,50	5,50	5,50
5	8,25	8,25	8,25	8,25
6	1,25	1,25	1,25	1,25
7	1,00	1,00	1,00	1,00
8	2,00	2,00	2,00	2,00
9	0,00	0,00	0,00	0,00
10	0,50	0,50	0,50	0,50

Tab. 14. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2/O$ týkající se zvládnání psychických zátěžových situací na pracovištích

x^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	0,6944	2,2500	3,3611	0,2500
2	4,6538	6,5000	0,0385	0,0385
3	0,0441	0,0441	0,0049	0,1225
4	3,6818	0,0455	1,1364	1,1364
5	0,0682	0,6136	0,0682	0,0682
6	2,4500	0,0500	0,0500	1,2500
7	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
8	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
9	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
10	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti x^2 34,6202

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 21 32,671

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

Vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 21. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti alternativní hypotézy.

V otázce č. 5 se potvrdila alternativní hypotéza, protože vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 24. V otázce č. 6 se potvrdila nulová hypotéza, protože vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 6.

V otázce č. 8 se potvrdila alternativní hypotéza, protože vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 21.

Celkově se tedy přikláním k alternativní hypotéze, protože dvě otázky potvrzují alternativní hypotézu a vykazují výraznou statistickou závislost mezi sledovanými kritérii.

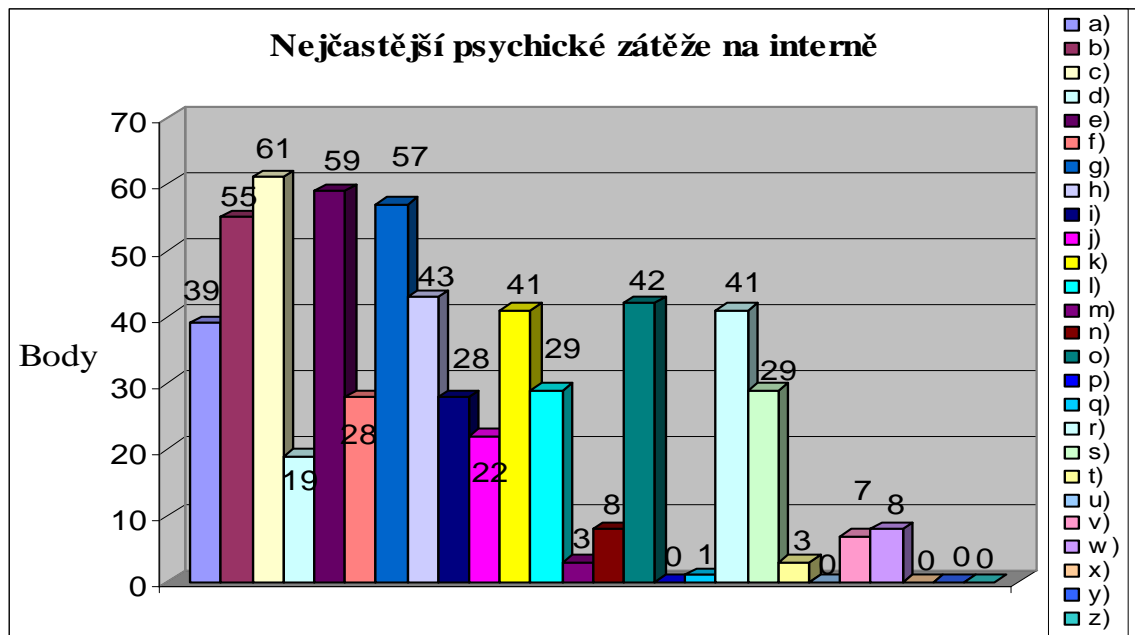
Otázka č. 7:

S jakými psychickými zátěžemi se setkáváte na svém pracovišti? Vyberte prosím pět nejčastějších a označte je od 1 do 5 na řádek za nabídnutou možností, kdy 1 je zátěž, se kterou se nejčastěji setkáváte?

- a) úmrtí klienta/ky
- b) chronicky nemocný klient
- c) přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti
- d) samostatné rozhodování
- e) nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- f) trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou)
- g) moc administrativní práce
- h) akutní případy, kdy dochází k ohrožení života
- i) neustálé telefonování
- j) neustálé zařizování a domlouvání úkonů (domlouvání vyšetření, obj. sanitek)
- k) nedostatek materiálu, pomůcek
- l) komunikace s agresivním, dementním klientem
- m) komunikace s příbuznými klientů, co zemřeli nebo jsou ve vážném stavu
- n) nároky na neustálé učení a vzdělávání se
- o) spěch a rychlost na pracovišti
- p) práce s nebezpečnými látkami (cytostatiky, desinfekce)
- q) přesčasová práce
- r) málo personálu
- s) nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim
- t) směnnost oddělení
- u) přeplněné čekárny
- v) netrpěliví klienti
- w) málo volného času
- x) nedostatečný kontakt s rodinou a málo času na děti
- y) žádnou psychickou zátěž nemám
- z) jiné

Tab. 15. Nejčastější psychické zátěže na interně

Zátěže	Interna - počet respondentů	Interna - body přidělené zátěž. situacím	Interna - zátěž v %
a)	13	39	6,26
b)	14	55	8,83
c)	16	61	9,79
d)	7	19	3,05
e)	17	59	9,47
f)	9	28	4,49
g)	17	57	9,15
h)	12	43	6,90
i)	10	28	4,49
j)	8	22	3,53
k)	17	41	6,58
l)	12	29	4,65
m)	1	3	0,48
n)	3	8	1,28
o)	14	42	6,74
p)	0	0	0,00
q)	1	1	0,16
r)	12	41	6,58
s)	10	29	4,65
t)	1	3	0,48
u)	0	0	0,00
v)	2	7	1,12
w)	4	8	1,28
x)	0	0	0,00
y)	0	0	0,00
z)	0	0	0,00
Celkem	200	623	100,00

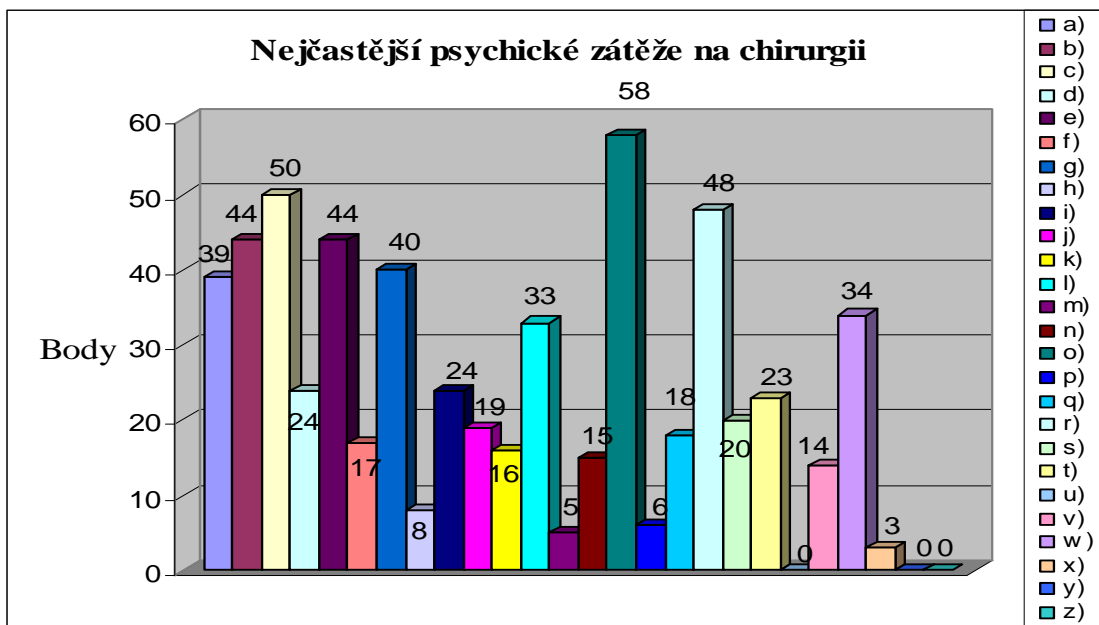


Graf 8. Nejčastější psychické zátěže na interně

- a) úmrtí klienta/ky
- b) chronicky nemocný klient
- c) přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti
- d) samostatné rozhodování
- e) nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- f) trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou)
- g) moc administrativní práce
- h) akutní případy, kdy dochází k ohrožení života
- i) neustálé telefonování
- j) neustálé zařizování a domlouvání úkonů (domlouvání vyšetření, obj. sanitek)
- k) nedostatek materiálu, pomůcek
- l) komunikace s agresivním, dementním klientem
- m) komunikace s příbuznými klientů, co zemřeli nebo jsou ve vážném stavu
- n) nároky na neustálé učení a vzdělávání se
- o) spěch a rychlost na pracovišti
- p) práce s nebezpečnými látkami (cytostatiky, desinfekce)
- q) přesčasová práce
- r) málo personálu
- s) nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim
- t) směnnost oddělení
- u) přeplněné čekárny
- v) netrpěliví klienti
- w) málo volného času
- x) nedostatečný kontakt s rodinou a málo času na děti
- y) žádnou psychickou zátěž nemám
- z) jiné

Tab. 16. Nejčastější psychické zátěže na chirurgii

Zátěže	Chirurgie - počet respondentů	Chirurgie - body přidělené zátěž. situacím	Chirurgie - zátěž v %
a)	13	39	6,48
b)	15	44	7,31
c)	13	50	8,31
d)	8	24	3,99
e)	14	44	7,31
f)	6	17	2,82
g)	13	40	6,64
h)	3	8	1,33
i)	13	24	3,99
j)	6	19	3,16
k)	4	16	2,66
l)	13	33	5,48
m)	1	5	0,83
n)	6	15	2,49
o)	17	58	9,63
p)	2	6	1,00
q)	7	18	2,99
r)	13	48	7,97
s)	10	20	3,32
t)	7	23	3,82
u)	0	0	0,00
v)	5	14	2,33
w)	10	34	5,65
x)	1	3	0,50
y)	0	0	0,00
z)	0	0	0,00
Celkem	200	602	100,00

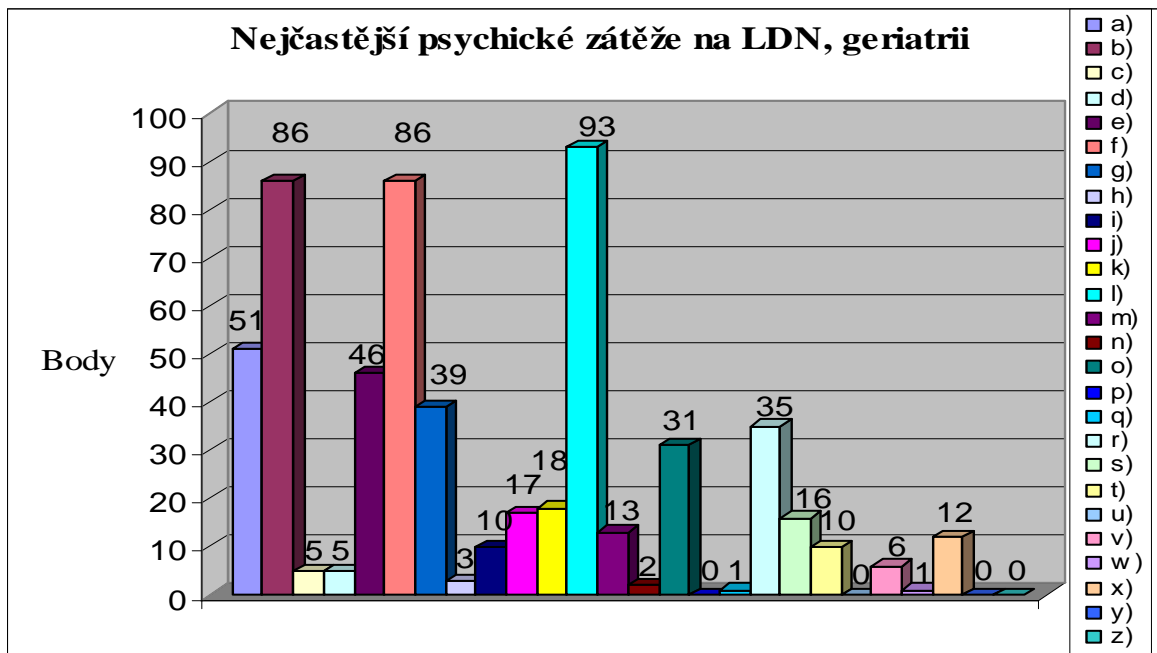


Graf 9. Nejčastější psychické zátěže na chirurgii

- a) úmrtí klienta/ky
- b) chronicky nemocný klient
- c) přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti
- d) samostatné rozhodování
- e) nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- f) trpící klienti(bolestí, smutkem, samotou)
- g) moc administrativní práce
- h) akutní případy, kdy dochází k ohrožení života
- i) neustálé telefonování
- j) neustálé zařizování a domlouvání úkonů (domlouvání vyšetření, obj. sanitek)
- k) nedostatek materiálu, pomůcek
- l) komunikace s agresivním, dementním klientem
- m) komunikace s příbuznými klientů, co zemřeli nebo jsou ve vážném stavu
- n) nároky na neustálé učení a vzdělávání se
- o) spěch a rychlost na pracovišti
- p) práce s nebezpečnými látkami (cytostatiky, desinfekce)
- q) přesčasová práce
- r) málo personálu
- s) nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim
- t) směnnost oddělení
- u) přeplněné čekárny
- v) netrpěliví klienti
- w) málo volného času
- x) nedostatečný kontakt s rodinou a málo času na děti
- y) žádnou psychickou zátěž nemám
- z) jiné

Tab. 17. Nejčastější psychické zátěže na LDN, geriatrii

Zátěže	LDN, Ger. - počet respondentů	- LDN, Ger.- body přidělené situacím	LDN, Ger.- zátěž. zátěž. zátěž v %
a)	24	51	8,70
b)	26	86	14,68
c)	3	5	0,85
d)	3	5	0,85
e)	13	46	7,85
f)	24	86	14,68
g)	14	39	6,66
h)	2	3	0,51
i)	3	10	1,71
j)	5	17	2,90
k)	7	18	3,07
l)	29	93	15,87
m)	4	13	2,22
n)	1	2	0,34
o)	10	31	5,29
p)	0	0	0,00
q)	1	1	0,17
r)	12	35	5,97
s)	9	16	2,73
t)	2	10	1,71
u)	0	0	0,00
v)	2	6	1,02
w)	1	1	0,17
x)	5	12	2,05
y)	0	0	0,00
z)	0	0	0,00
Celkem	200	586	100,00

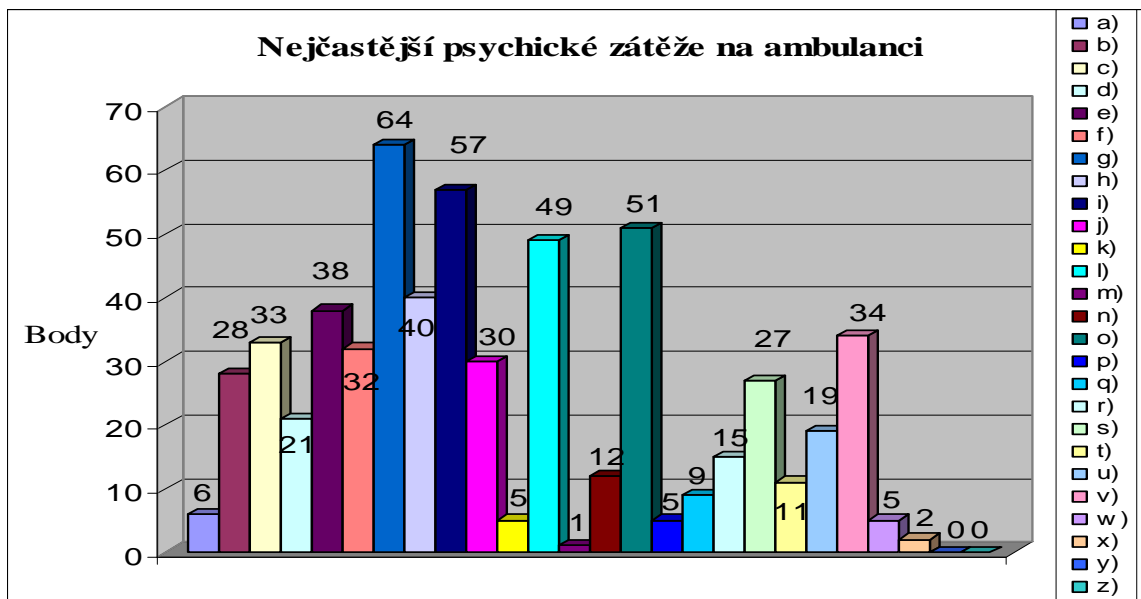


Graf 10. Nejčastější psychické zátěže na LDN, geriatrii

- a) úmrtí klienta/ky
- b) chronicky nemocný klient
- c) přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti
- d) samostatné rozhodování
- e) nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- f) trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou)
- g) moc administrativní práce
- h) akutní případy, kdy dochází k ohrožení života
- i) neustálé telefonování
- j) neustálé zařizování a domlouvání úkonů (domlouvání vyšetření, obj. sanitek)
- k) nedostatek materiálu, pomůcek
- l) komunikace s agresivním, dementním klientem
- m) komunikace s příbuznými klientů, co zemřeli nebo jsou ve vážném stavu
- n) nároky na neustálé učení a vzdělávání se
- o) spěch a rychlost na pracovišti
- p) práce s nebezpečnými látkami (cytostatiky, desinfekce)
- q) přesčasová práce
- r) málo personálu
- s) nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim
- t) směnnost oddělení
- u) přeplněné čekárny
- v) netrpěliví klienti
- w) málo volného času
- x) nedostatečný kontakt s rodinou a málo času na děti
- y) žádnou psychickou zátěž nemám
- z) jiné

Tab. 18. Nejčastější psychické zátěže na ambulanci

	Ambul. - počet respondentů	Ambul.-body přidělené zátěž. situacím	Ambul. - zátěž v %
a)	2	6	1,01
b)	9	28	4,71
c)	10	33	5,56
d)	7	21	3,54
e)	12	38	6,40
f)	10	32	5,39
g)	18	64	10,77
h)	15	40	6,73
i)	16	57	9,60
j)	11	30	5,05
k)	2	5	0,84
l)	16	49	8,25
m)	1	1	0,17
n)	3	12	2,02
o)	16	51	8,59
p)	1	5	0,84
q)	5	9	1,52
r)	6	15	2,53
s)	10	27	4,55
t)	4	11	1,85
u)	7	19	3,20
v)	15	34	5,72
w)	2	5	0,84
x)	2	2	0,34
y)	0	0	0,00
z)	0	0	0,00
Celkem	200	594	100,00



Graf 11. Nejčastější psychické zátěže na ambulanci

- a) úmrtí klienta/ky
- b) chronicky nemocný klient
- c) přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti
- d) samostatné rozhodování
- e) nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- f) trpící klienti(bolestí, smutkem, samotou)
- g) moc administrativní práce
- h) akutní případy, kdy dochází k ohrožení života
- i) neustálé telefonování
- j) neustálé zařizování a domlouvání úkonů (domlouvání vyšetření, obj. sanitek)
- k) nedostatek materiálu, pomůcek
- l) komunikace s agresivním, dementním klientem
- m) komunikace s příbuznými klientů, co zemřeli nebo jsou ve vážném stavu
- n) nároky na neustálé učení a vzdělávání se
- o) spěch a rychlost na pracovišti
- p) práce s nebezpečnými látkami (cytostatiky, desinfekce)
- q) přesčasová práce
- r) málo personálu
- s) nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim
- t) směnnost oddělení
- u) přeplněné čekárny
- v) netrpěliví klienti
- w) málo volného času
- x) nedostatečný kontakt s rodinou a málo času na děti
- y) žádnou psychickou zátěž nemám
- z) jiné

Komentář:

V průzkumu bylo 40 respondentů ze standardního interního oddělení. Jako nejčastější zátěžové situace, se kterými se setkávají na svém pracovišti, uvedli v pořadí 1 až 5, kdy 1 je zátěž, se kterou se nejčastěji setkávají:

- 1 - přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti (sledování stavu, klientů, přístrojů)
- 2 - nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- 3 - moc administrativní práce
- 4 - chronicky nemocný klient
- 5 - akutní případy, kdy dochází k ohrožení života

Odpověď 1: přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti (sledování stavu, klientů, přístrojů) vybralo 16 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 61 bodů, (tj. 9,79 %).

Odpověď 2: nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři vybralo 17 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 59 bodů, (tj. 9,47 %).

Odpověď 3: moc administrativní práce vybralo 17 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 57 bodů, (tj. 9,15 %).

Odpověď 4: chronicky nemocný klient vybralo 14 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 55 bodů, (tj. 8,83 %).

Odpověď 5: akutní případy, kdy dochází k ohrožení života, vybralo 12 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 43 bodů, (tj. 6,90 %).

V průzkumu bylo 40 respondentů ze standardního chirurgického oddělení, jako nejčastější zátěžové situace, se kterými se setkávají na svém pracovišti, uvedli v pořadí 1 až 5, kdy 1 je zátěž, se kterou se nejčastěji setkávají:

- 1 - spěch a rychlost na pracovišti
- 2 - přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti (sledování stavu, klientů, přístrojů)
- 3 - málo personálu
- 4 - chronicky nemocný klient + nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- 5 - moc administrativní práce

Odpověď 1: spěch a rychlost na pracovišti vybralo 17 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 58 bodů, (tj. 9,63 %).

Odpověď 2: přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti (sledování stavu, klientů, přístrojů) vybralo 13 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 50 bodů, (tj. 8,31 %).

Odpověď 3: málo personálu vybralo 13 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 48 bodů, (tj. 7,97 %).

Odpověď 4: chronicky nemocný klient + nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři vybralo 15 + 14 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 44 bodů, (tj. 7,31 %).

Odpověď 5: moc administrativní práce vybralo 13 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 40 bodů, (tj. 6,64 %).

V průzkumu bylo 40 respondentů na oddělení pro dlouhodobě ležící a z geriatric oddělení, jako nejčastější zátěžové situace, se kterými se setkávají na svém pracovišti, uvedli v pořadí 1 až 5, kdy 1 je zátěž, se kterou se nejčastěji setkávají:

- 1 - komunikace s agresivním, dementním klientem
- 2 - chronicky nemocný klient + trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou)
- 3 - úmrtí klienta/ky
- 4 - nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- 5 - moc administrativní práce

Odpověď 1: komunikace s agresivním, dementním klientem vybralo 29 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 93 bodů, (tj. 15,87%).

Odpověď 2: chronicky nemocný klient + trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou) vybralo 26 + 24 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 86 bodů (tj. 14,68 %).

Odpověď 3: úmrtí klienta/ky vybralo 24 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 51 bodů, (tj. 8,70 %).

Odpověď 4: nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři vybralo 13 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 46 bodů, (tj. 7,85 %).

Odpověď 5: moc administrativní práce vybralo 14 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 39 bodů, (tj. 6,66 %).

V průzkumu bylo 40 respondentů pracujících na ambulanci, jako nejčastější zátěžové situace, se kterými se setkávají na svém pracovišti, uvedli v pořadí 1 až 5, kdy 1 je zátěž, se kterou se nejčastěji setkávají:

- 1 - moc administrativní práce
- 2 - neustálé telefonování
- 3 - spěch a rychlost na pracovišti
- 4 - komunikace s agresivním a dementním klientem
- 5 - akutní případy, kdy dochází k ohrožení života

Odpověď 1: moc administrativní práce vybralo 18 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 64 bodů, (tj. 10,77 %).

Odpověď 2: neustálé telefonování vybralo 16 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je bodů 57, (tj. 9,60 %).

Odpověď 3: spěch a rychlost na pracovišti zvolilo 16 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 51 bodů, (tj. 8,59 %).

Odpověď 4: komunikace s agresivním a dementním klientem vybralo 16 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 49 bodů, (tj. 8,25 %).

Odpověď 5: akutní případy, kdy dochází k ohrožení života, vybralo 15 respondentů, celkový počet bodů po sečtení hodnocení přidělených čísel 1 až 5 je 40 bodů, (tj. 6,73 %).

Celkově nejvíce respondentů označilo jako největší zátěž, se kterou se setkává na svém pracovišti:

- moc administrativní práce (celkem 4x)
- nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři (celkem 2,5x)
- chronicky nemocný klient (celkem 2x)
- přesná rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti (sledování stavu klientů, přístrojů) (celkem 2x)
- akutní případy, kdy dochází k ohrožení života (celkem 2x)

- komunikace s agresivním, dementním klientem (celkem 2x)
- spěch a rychlost na pracovišti (celkem 2x)
- úmrtí klienta/ky (celkem 1x)
- neustálé telefonování (celkem 1x)
- trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou) (celkem 0,5 x)

8.2.2 Cíl č. 2

8.2.2.1 Hypotéza č. 2

H02: Sestry hodnotí míru psychických zátěží na svém pracovišti bodem 5 a více.

HA2: Sestry hodnotí míru psychických zátěží na svém pracovišti bodem 5 a méně.

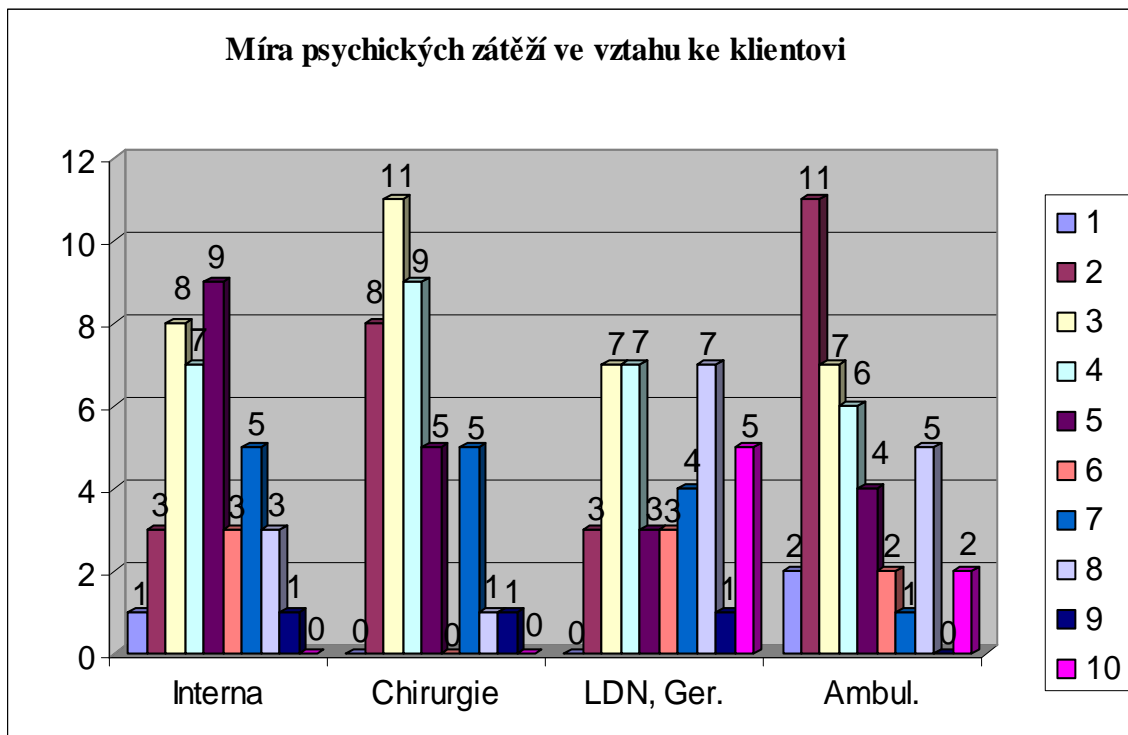
K hypotéze č. 2 se vztahují otázky č. 9, 11, 13

Otázka č. 9:

Na stupnici od 1 do 10 zakreslete, jak hodnotíte míru psychické zátěže ve vztahu ke klientovi na svém pracovišti. (Kdy 1 je nejnižší zátěž, 10 nejvyšší zátěž.)

Tab. 19. Míra psychických zátěží ve vztahu ke klientovi

Zátěž	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	1	0	0	2
2	3	8	3	11
3	8	11	7	7
4	7	9	7	6
5	9	5	3	4
6	3	0	3	2
7	5	5	4	1
8	3	1	7	5
9	1	1	1	0
10	0	0	5	2
Celkem	40	40	40	40



Graf 12. Míra psychických zátěží ve vztahu ke klientovi

Tab. 20. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k míře psychických zátěží ve vztahu ke klientovi

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	0,75	0,75	0,75	0,75
2	6,25	6,25	6,25	6,25
3	8,25	8,25	8,25	8,25
4	7,25	7,25	7,25	7,25
5	5,25	5,25	5,25	5,25
6	2,00	2,00	2,00	2,00
7	3,75	3,75	3,75	3,75
8	4,00	4,00	4,00	4,00
9	0,75	0,75	0,75	0,75
10	1,75	1,75	1,75	1,75

Tab. 21. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k míře psychických zátěží ve vztahu ke klientovi

χ^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	0,0833	0,7500	0,7500	2,0833
2	1,6900	0,4900	1,6900	3,6100
3	0,0076	0,9167	0,1894	0,1894
4	0,0086	0,4224	0,0086	0,2155
5	2,6786	0,0119	0,9643	0,2976
6	0,5000	2,0000	0,5000	0,0000
7	0,4167	0,4167	0,0167	2,0167
8	0,2500	2,2500	2,2500	0,2500
9	0,0833	0,0833	0,0833	0,7500
10	1,7500	1,7500	6,0357	0,0357

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti χ^2 38,4953

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 27 40,113

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

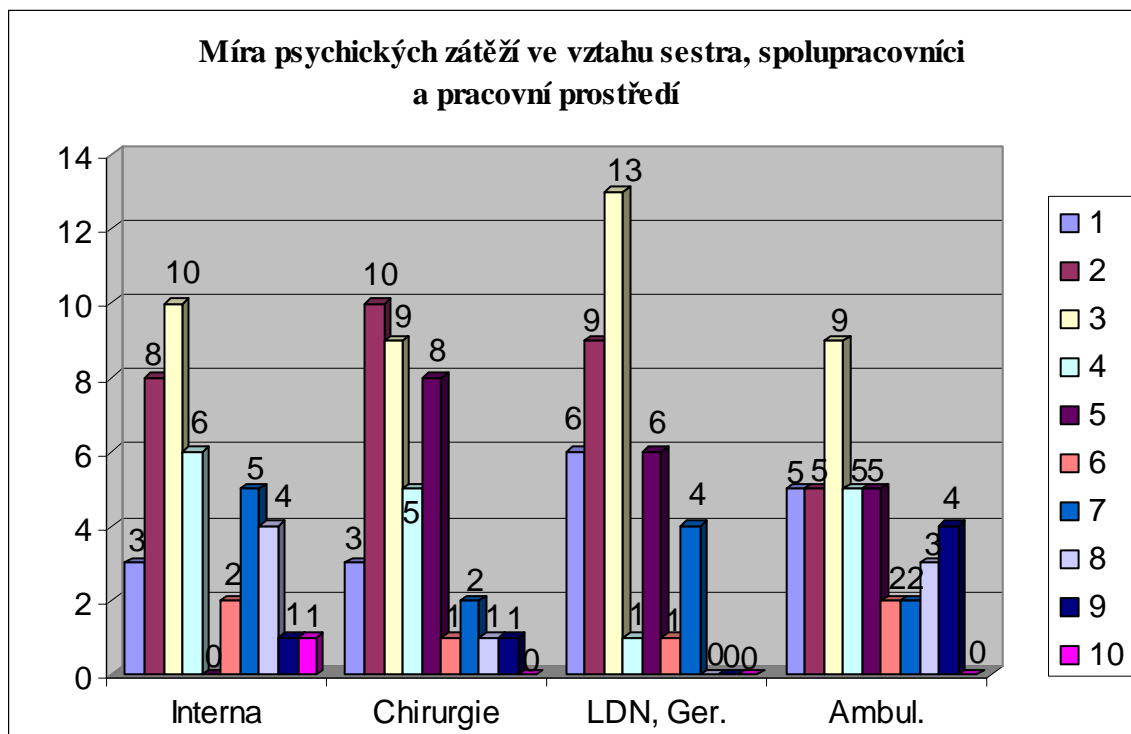
Vypočítaná χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 27. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka č. 11:

Na stupnici od 1 do 10 zakreslete, jak hodnotíte míru psychické zátěže ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí. (Kdy 1 je nejnižší zátěž, 10 nejvyšší zátěž.)

Tab. 22. Míra psychických zátěží ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí

Zátěž	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	3	3	6	5
2	8	10	9	5
3	10	9	13	9
4	6	5	1	5
5	0	8	6	5
6	2	1	1	2
7	5	2	4	2
8	4	1	0	3
9	1	1	0	4
10	1	0	0	0
Celkem	40	40	40	40



Graf 13. Míra psychických zátěží ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí

Tab. 23. Tabulka očekávaných četností "O" vyjadřující míru psychických zátěží ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	4,25	4,25	4,25	4,25
2	8,00	8,00	8,00	8,00
3	10,25	10,25	10,25	10,25
4	4,25	4,25	4,25	4,25
5	4,75	4,75	4,75	4,75
6	1,50	1,50	1,50	1,50
7	3,25	3,25	3,25	3,25
8	2,00	2,00	2,00	2,00
9	1,50	1,50	1,50	1,50
10	0,25	0,25	0,25	0,25

Tab. 24. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2/O$ vyjadřující míru psychických zátěží ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí

x^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	0,3676	0,3676	0,7206	0,1324
2	0,0000	0,5000	0,1250	1,1250
3	0,0061	0,1524	0,7378	0,1524
4	0,7206	0,1324	2,4853	0,1324
5	4,7500	2,2237	0,3289	0,0132
6	0,1667	0,1667	0,1667	0,1667
7	0,9423	0,4808	0,1731	0,4808
8	2,0000	0,5000	2,0000	0,5000
9	0,1667	0,1667	1,5000	4,1667
10	2,2500	0,2500	0,2500	0,2500

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti x^2 31,917

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 27 40,113

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

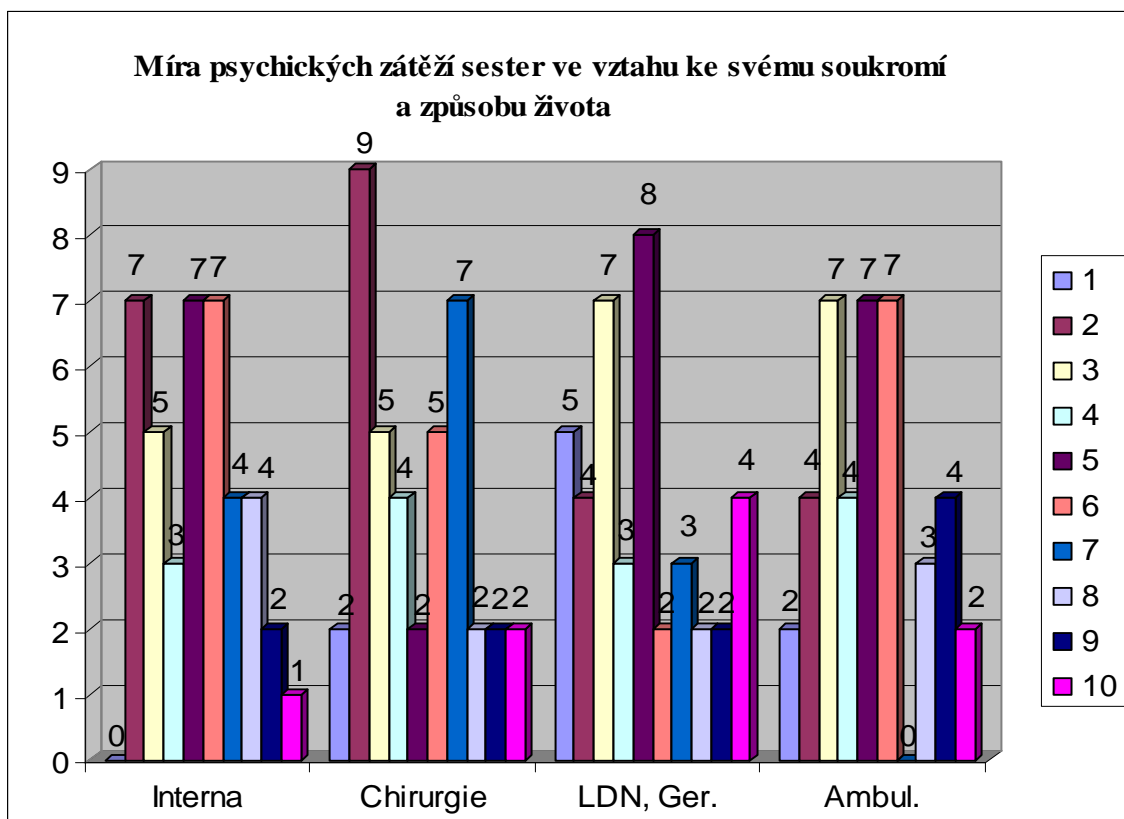
Vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 27. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka č. 13:

Na stupnici od 1 do 10 zakreslete, jak hodnotíte míru psychické zátěže sestry ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života. (Kdy 1 je nejnižší zátěž, 10 nejvyšší zátěž.)

Tab. 25. Míra psychických zátěží sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života

Zátěž	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	0	2	5	2
2	7	9	4	4
3	5	5	7	7
4	3	4	3	4
5	7	2	8	7
6	7	5	2	7
7	4	7	3	0
8	4	2	2	3
9	2	2	2	4
10	1	2	4	2
Celkem	40	40	40	40



Graf 14. Míra psychických zátěží sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života

Tab. 26. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se míry psychických zátěží sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	2,25	2,25	2,25	2,25
2	6,00	6,00	6,00	6,00
3	6,00	6,00	6,00	6,00
4	3,50	3,50	3,50	3,50
5	6,00	6,00	6,00	6,00
6	5,25	5,25	5,25	5,25
7	3,50	3,50	3,50	3,50
8	2,75	2,75	2,75	2,75
9	2,50	2,50	2,50	2,50
10	2,25	2,25	2,25	2,25

Tab. 27. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2/O$ týkající se míry psychických zátěží sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života

x^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
1	2,2500	0,0278	3,3611	0,0278
2	0,1667	1,5000	0,6667	0,6667
3	0,1667	0,1667	0,1667	0,1667
4	0,0714	0,0714	0,0714	0,0714
5	0,1667	2,6667	0,6667	0,1667
6	0,5833	0,0119	2,0119	0,5833
7	0,0714	3,5000	0,0714	3,5000
8	0,5682	0,2045	0,2045	0,0227
9	0,1000	0,1000	0,1000	0,9000
10	0,6944	0,0278	1,3611	0,0278

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti x^2 27,9302

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 27 40,113

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

Vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 27. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

V otázce č. 9, 11 i 13 se potvrdila nulová hypotéza, protože vypočítaná χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 27.

Celkově se tedy přikláním k hypotéze nulové, protože všechny tři otázky potvrzují nulovou hypotézu, a proto se závislost uvedených veličin nepodařilo prokázat.

8.2.2.2 Hypotéza č. 3

H03: Sestry považují za nejvíce zátěžové komunikaci s klientem a lékaři a nedostatek času na rodinu.

HA3: Sestry nepovažují za nejvíce zátěžové komunikaci s klientem a lékaři a nedostatek času na rodinu.

K hypotéze č. 3 se vztahují otázky č. 10, 12, 14.

Otázka č. 10:

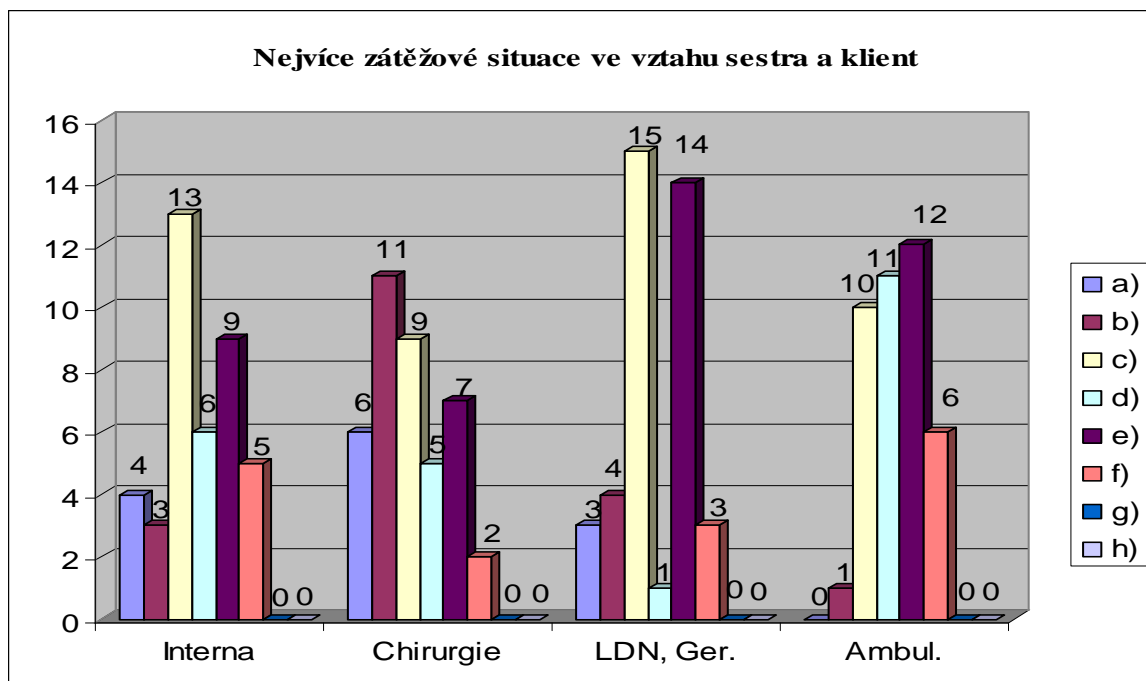
Kterou psychickou situaci ve vztahu sestry a klient považujete za nejvíce zátěžovou?

(Vyberte prosím jen jednu odpověď.)

- a) úmrtí klienta/ky
- b) chronicky nemocný klient
- c) trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou)
- d) akutní případy, kdy dochází k ohrožení života
- e) komunikace s agresivním. dementním klientem
- f) netrpěliví klienti
- g) žádnou z výše uvedených
- h) jiné

Tab. 28. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestry a klient

Zátěž	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	4	6	3	0
b)	3	11	4	1
c)	13	9	15	10
d)	6	5	1	11
e)	9	7	14	12
f)	5	2	3	6
g)	0	0	0	0
h)	0	0	0	0
Celkem	40	40	40	40



15. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestry a klient

Tab. 29. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se nejvíce zátěžových situací ve vztahu sestry a klient

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	3,25	3,25	3,25	3,25
b)	4,75	4,75	4,75	4,75
c)	11,75	11,75	11,75	11,75
d)	5,75	5,75	5,75	5,75
e)	10,50	10,50	10,50	10,50
f)	4,00	4,00	4,00	4,00
g)	0,00	0,00	0,00	0,00
h)	0,00	0,00	0,00	0,00

Tab. 30. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se nejvíce zátěžových situací ve vztahu sestry a klient

χ^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	0,1731	2,3269	0,0192	3,2500
b)	0,6447	8,2237	0,1184	2,9605
c)	0,1330	0,6436	0,8989	0,2606
d)	0,0109	0,0978	3,9239	4,7935
e)	0,2143	1,1667	1,1667	0,2143
f)	0,2500	1,0000	0,2500	1,0000
g)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
h)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti x^2 33,7408

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 15 24,996

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

Vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 15. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti alternativní hypotézy.

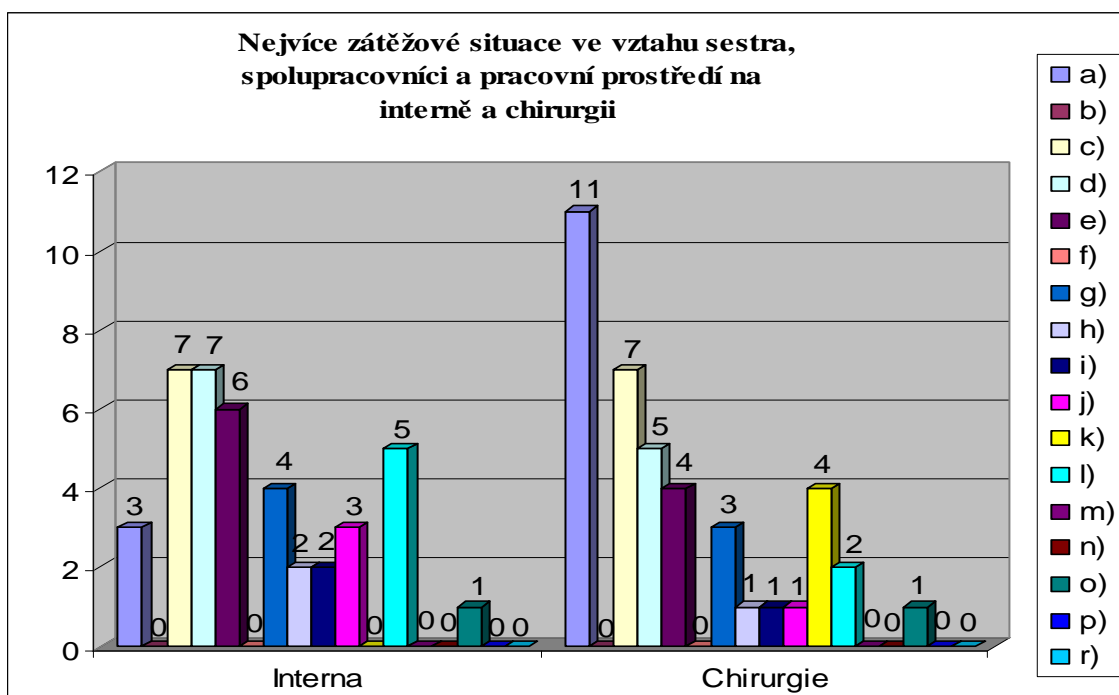
Otázka č. 12:

Kterou psychickou situací ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí považujete za nejvíce zátěžovou? (Vyberte prosím jen jednu odpověď.)

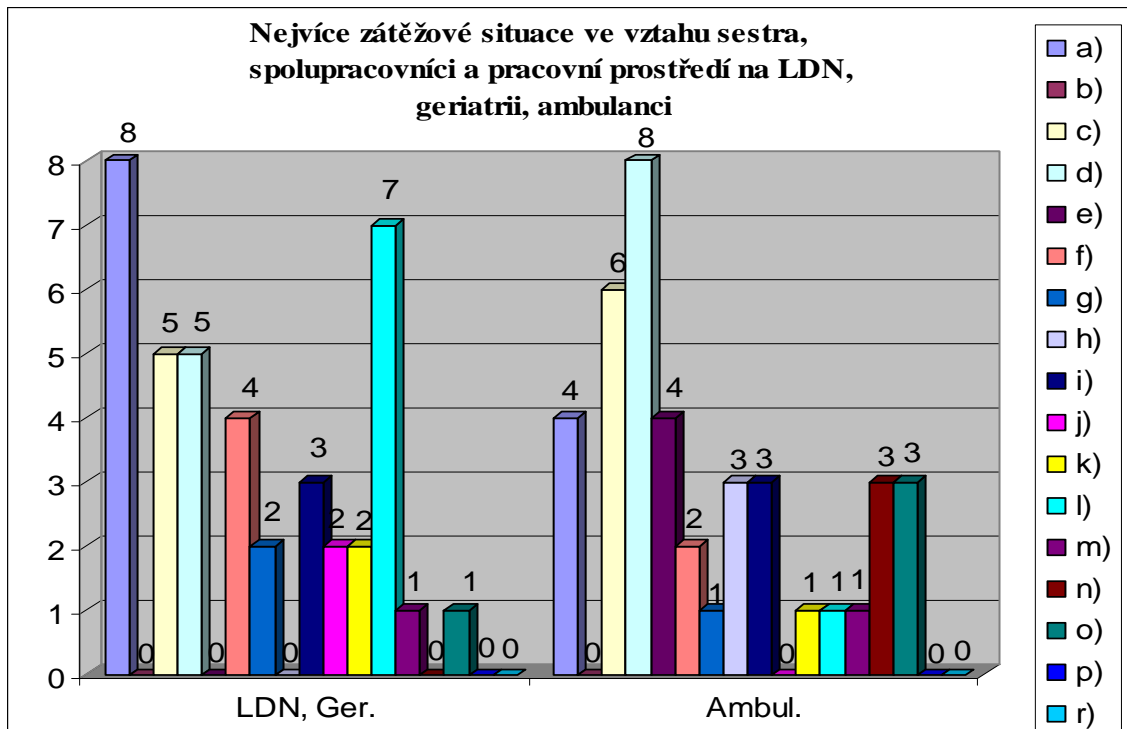
- a) přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti
- b) samostatné rozhodování
- c) nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- d) moc administrativní práce
- e) neustálé telefonování
- f) neustálé zařizování a domlouvání úkonů (domlouvání vyšetření, obj. sanitek)
- g) řešení neočekávaných problémů
- h) konfliktní situace s nadřízeným
- i) nedostatek informací o dění na pracovišti a organizaci
- j) nedostatek materiálů, pomůcek
- k) přesčasová práce
- l) málo personálu
- m) směnnost oddělení
- n) přeplněné čekárny
- o) netrpěliví klienti
- p) žádnou z výše uvedených
- r) jiné

Tab. 31. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí

Zátěž	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	3	11	10	5
b)	0	0	0	0
c)	17	14	9	12
d)	7	5	5	8
e)	0	0	0	0
f)	0	0	0	0
g)	2	1	0	3
h)	2	1	3	3
i)	2	1	3	3
j)	3	1	2	0
k)	0	4	2	1
l)	5	2	7	1
m)	0	0	1	1
n)	0	0	0	3
o)	1	1	1	3
p)	0	0	0	0
r)	0	0	0	0
Celkem	40	40	40	40



Graf 16. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí na interně a chirurgii



Graf 17. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí na LDN, geriatrii, ambulanci

Tab. 32. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k nejvíce zátěžovým situacím ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	7,25	7,25	7,25	7,25
b)	0,00	0,00	0,00	0,00
c)	13,00	13,00	13,00	13,00
d)	6,25	6,25	6,25	6,25
e)	0,00	0,00	0,00	0,00
f)	0,00	0,00	0,00	0,00
g)	0,00	0,00	0,00	0,00
h)	1,50	1,50	1,50	1,50
i)	2,25	2,25	2,25	2,25
j)	1,50	1,50	1,50	1,50
k)	1,75	1,75	1,75	1,75
l)	3,75	3,75	3,75	3,75
m)	0,50	0,50	0,50	0,50
n)	0,75	0,75	0,75	0,75
o)	1,50	1,50	1,50	1,50
p)	0,00	0,00	0,00	0,00
r)	0,00	0,00	0,00	0,00

Tab. 33. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k nejvíce zátěžovým situacím ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí

χ^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	2,4914	1,9397	1,0431	0,6983
b)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
c)	1,2308	0,0769	1,2308	0,0769
d)	0,0900	0,2500	0,2500	0,4900
e)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
f)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
g)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
h)	0,1667	0,1667	1,5000	1,5000
i)	0,0278	0,6944	0,2500	0,2500
j)	1,5000	0,1667	0,1667	1,5000
k)	1,7500	2,8929	0,0357	0,3214
l)	0,4167	0,8167	2,8167	2,0167
m)	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000
n)	0,7500	0,7500	0,7500	6,7500
o)	0,1667	0,1667	0,1667	1,5000
p)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
r)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti χ^2 41,8234

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 30 43,773

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

Vypočítaná χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 30. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

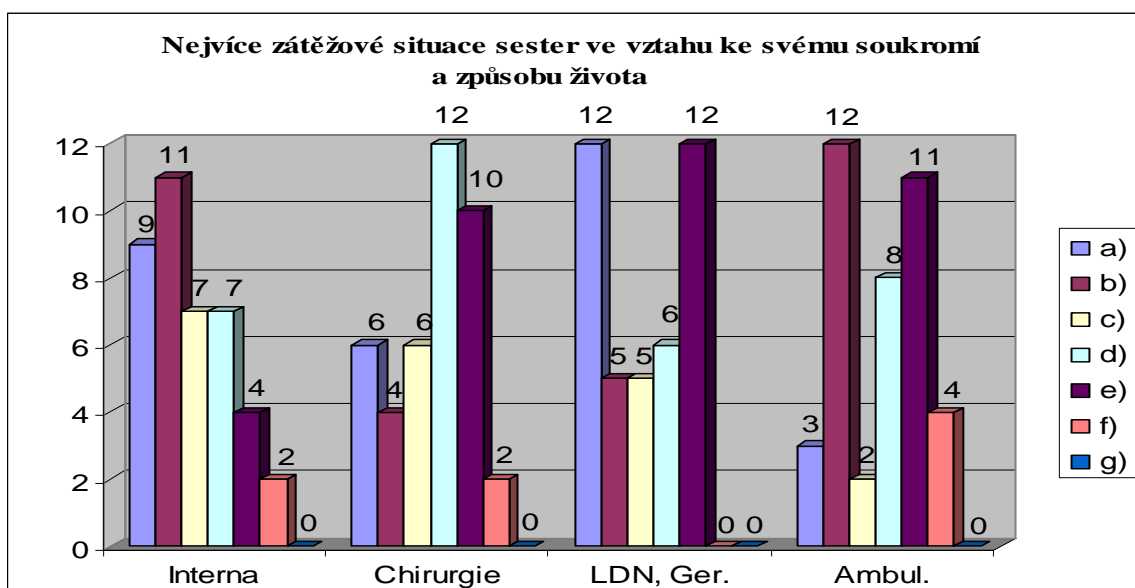
Otázka č. 14:

Kterou psychickou situaci ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života považujete za nejvíce zátěžovou? (Vyberte prosím jen jednu odpověď.)

- a) nároky na neustálé učení a vzdělávání se
- b) nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim
- c) směnnost oddělení
- d) málo volného času
- e) nedostatečný kontakt s rodinou a málo času na děti
- f) žádnou z výše uvedených
- g) jiné

Tab. 34. Nejvíce zátěžové situace sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života

Zátěž	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	9	6	8	3
b)	11	4	5	12
c)	7	6	5	2
d)	7	12	6	8
e)	4	10	12	11
f)	2	2	4	4
g)	0	0	0	0
Celkem	40	40	40	40



Graf 18. Nejvíce zátěžové situace sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života

Tab. 35. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se nejvíce zátěžových situací sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	6,50	6,50	6,50	6,50
b)	8,00	8,00	8,00	8,00
c)	5,00	5,00	5,00	5,00
d)	8,25	8,25	8,25	8,25
e)	9,25	9,25	9,25	9,25
f)	3,00	3,00	3,00	3,00
g)	0,00	0,00	0,00	0,00

Tab. 36. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se nejvíce zátěžovým situacím sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života

x^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	0,9615	0,0385	0,3462	1,8846
b)	1,1250	2,0000	1,1250	2,0000
c)	0,8000	0,2000	0,0000	1,8000
d)	0,1894	1,7045	0,6136	0,0076
e)	2,9797	0,0608	0,8176	0,3311
f)	0,3333	0,3333	0,3333	0,3333
g)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti x^2 20,3184

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 15 24,996

r – počet řádků

s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

Vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 15. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

V otázce č. 10 se potvrdila alternativní hypotéza, protože vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 15. V otázce č. 12 se potvrdila nulová hypotéza, protože vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 30. V otázce č. 14 se potvrdila nulová hypotéza, protože vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 15.

Celkově se tedy přikláním k hypotéze nulové, protože dvě otázky potvrzují nulovou hypotézu, a proto se závislost uvedených veličin nepodařilo prokázat.

8.2.3 Cíl č. 3

8.2.3.1 Hypotéza č. 4

H04: Sestry jsou seznámeny s možnostmi prevence a prevenci provádí.

HA4: Sestry nejsou seznámeny s možnostmi prevence a prevenci neprovádí.

K hypotéze č. 4 se vztahují otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20.

Otázka č. 15:

Jak předcházíte zátěžovým situacím? (Možnost vybrat více odpovědí.)

- a) rekreačně sportuji
- b) pravidelně sportuji
- c) chodím na procházky
- d) poslouchám muziku
- e) chodím do společnosti
- f) mám své zájmy
- g) chodím na masáže
- h) relaxuji
- i) mám pravidelný kontakt s rodinou a přáteli
- j) čtu časopisy
- k) jiné

Tab. 37. Předcházení zátěžovým situacím

Prevence	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	14	6	6	14
b)	4	4	2	1
c)	23	8	18	16
d)	31	15	19	16
e)	27	18	12	13
f)	5	8	1	5
g)	6	2	2	3
h)	8	9	8	10
i)	32	31	25	27
j)	15	3	5	12
k)	3	0	4	1
Celkem	168	104	102	118

Tab. 38. Tabulka k odpovědi „mám své zájmy“ na interně

Mám své zájmy - interna	
křížovka	1
sudoku	1
zpěv	1
zahrada	1
vaření	1
Celkem	5

Tab. 39. Tabulka k odpovědi „jiné“ na interně

Jiné - interna	
spánek	1
auto	1
kostel	1
Celkem	3

Tab. 40. Tabulka k odpovědi „mám své zájmy“ na chirurgii

Mám své zájmy - chirurgie	
internet	1
pes	1
vaření	1
kamarádi	1
tanec	1
zahrada	1
sauna	1
pečení	1
Celkem	8

Tab. 41. Tabulka k odpovědi „mám své zájmy“

na LDN, geriatrii

Mám své zájmy - LDN, geriatrie	
zahrada	1
Celkem	1

Tab. 42. Tabulka k odpovědi „jiné“ na LDN, geriatrii

Jiné – LDN, geriatrie	
televize	1
úklid	1
sex	1
spánek	1
Celkem	4

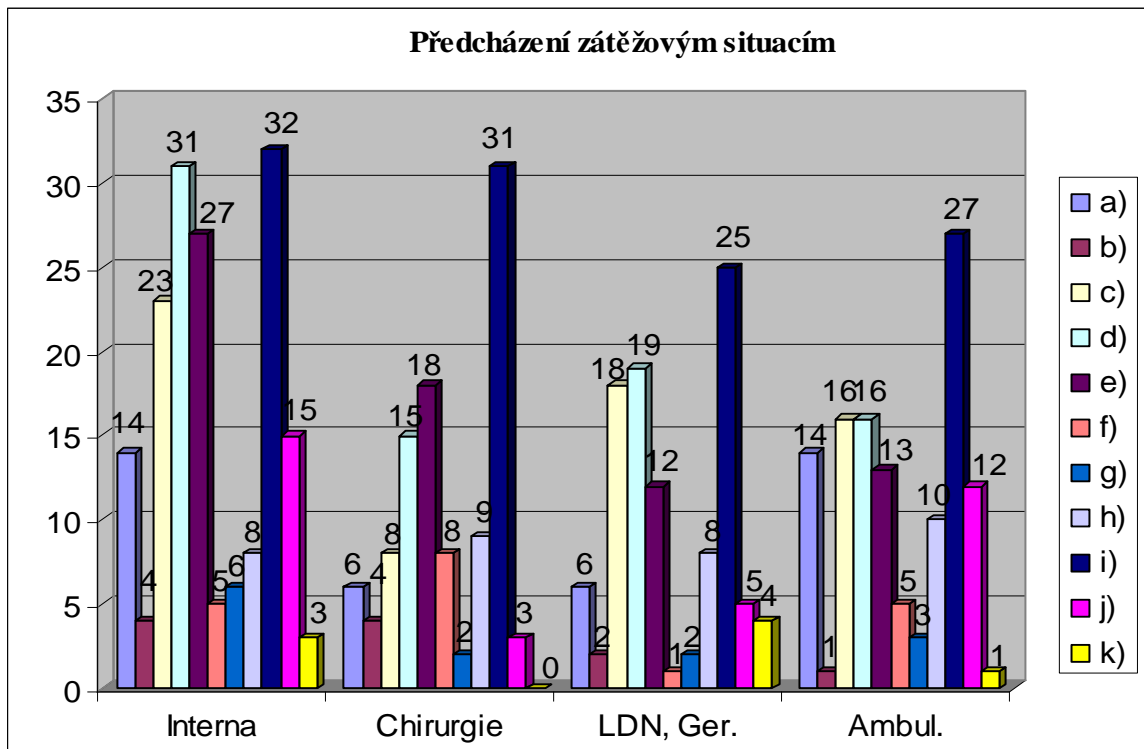
Tab. 43. Tabulka k odpovědi „mám své zájmy“

na ambulancích

Mám své zájmy - ambulance	
pes	1
kosmetika	1
pletení	1
focení	1
filmy	1
Celkem	5

Tab. 44. Tabulka k odpovědi „jiné“ na ambulancích

Jiné -ambulance	
spánek	1
Celkem	1



Graf 19. Předcházení zátěžovým situacím

Tab. 45. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k předcházení zátěžovým situacím

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	13,66	8,46	8,29	9,59
b)	3,76	2,33	2,28	2,64
c)	22,20	13,74	13,48	15,59
d)	27,66	17,12	16,79	19,43
e)	23,90	14,80	14,51	16,79
f)	6,49	4,02	3,94	4,56
g)	4,44	2,75	2,70	3,12
h)	11,95	7,40	7,26	8,39
i)	39,27	24,31	23,84	27,58
j)	11,95	7,40	7,26	8,39
k)	2,73	1,69	1,66	1,92

Tab. 46. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k předcházení zátěžovým situacím

χ^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	0,0085	0,7130	0,6339	2,0240
b)	0,0158	1,2063	0,0345	1,0173
c)	0,0292	2,3978	1,5190	0,0108
d)	0,4037	0,2630	0,2901	0,6045
e)	0,4014	0,6935	0,4349	0,8550
f)	0,3412	3,9515	2,1929	0,0431
g)	0,5489	0,2036	0,1793	0,0045
h)	1,3063	0,3467	0,0763	0,3071
i)	1,3453	1,8417	0,0563	0,0123
j)	0,7778	2,6149	0,7015	1,5488
k)	0,0264	1,6911	3,3056	0,4399

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti χ^2 37,4189

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 30 43,773

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

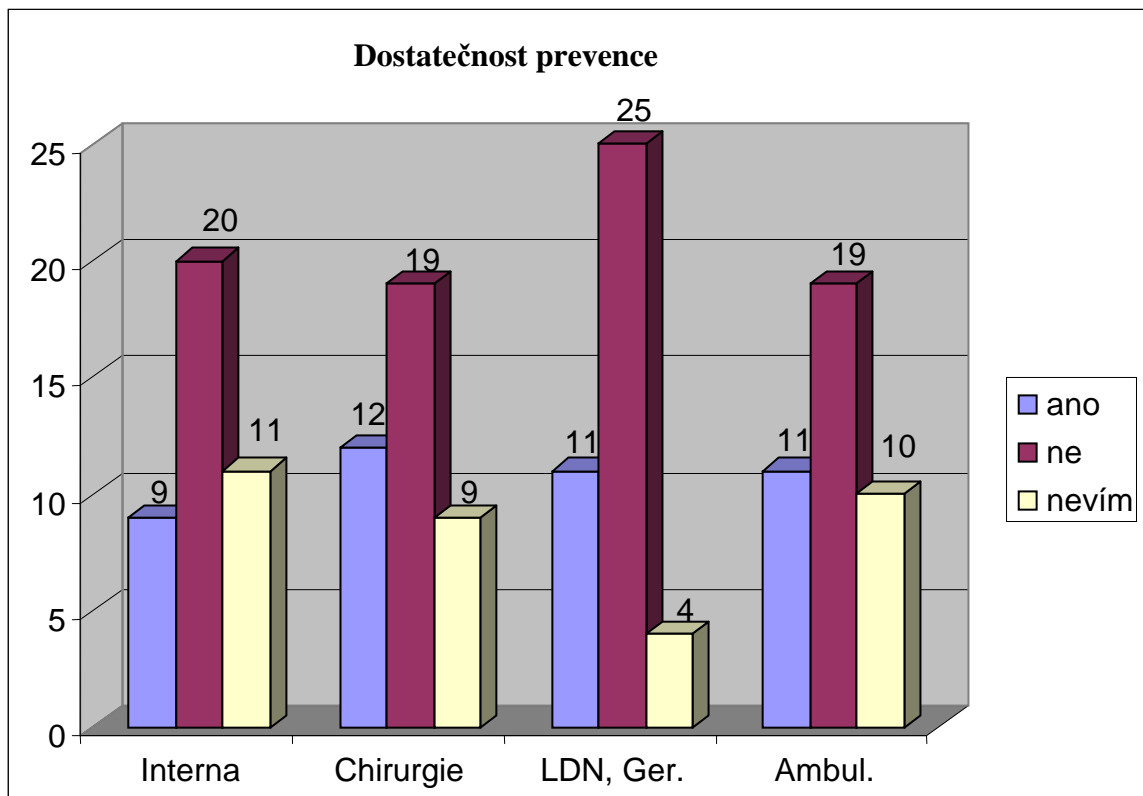
Vypočítaná χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 30. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka č. 16:

Myslíte si, že to, co děláte pro prevenci zátěžových situací, je dostačující?

Tab. 47. Dostatečnosti prevence

Dostatečnost prevence	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	9	12	11	11
ne	20	19	25	19
nevím	11	9	4	10
Celkem	40	40	40	40



Graf 20. Dostatečnost prevence

Tab. 48. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se dostatečnosti prevence

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	10,75	10,75	10,75	10,75
ne	20,75	20,75	20,75	20,75
nevím	8,50	8,50	8,50	8,50

Tab. 49. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se dostatečnosti prevence

x^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	0,2849	0,1453	0,0058	0,0058
ne	0,0271	0,1476	0,8705	0,1476
nevím	0,7353	0,0294	2,3824	0,2647

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti x^2 5,0464

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 6 12,592

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

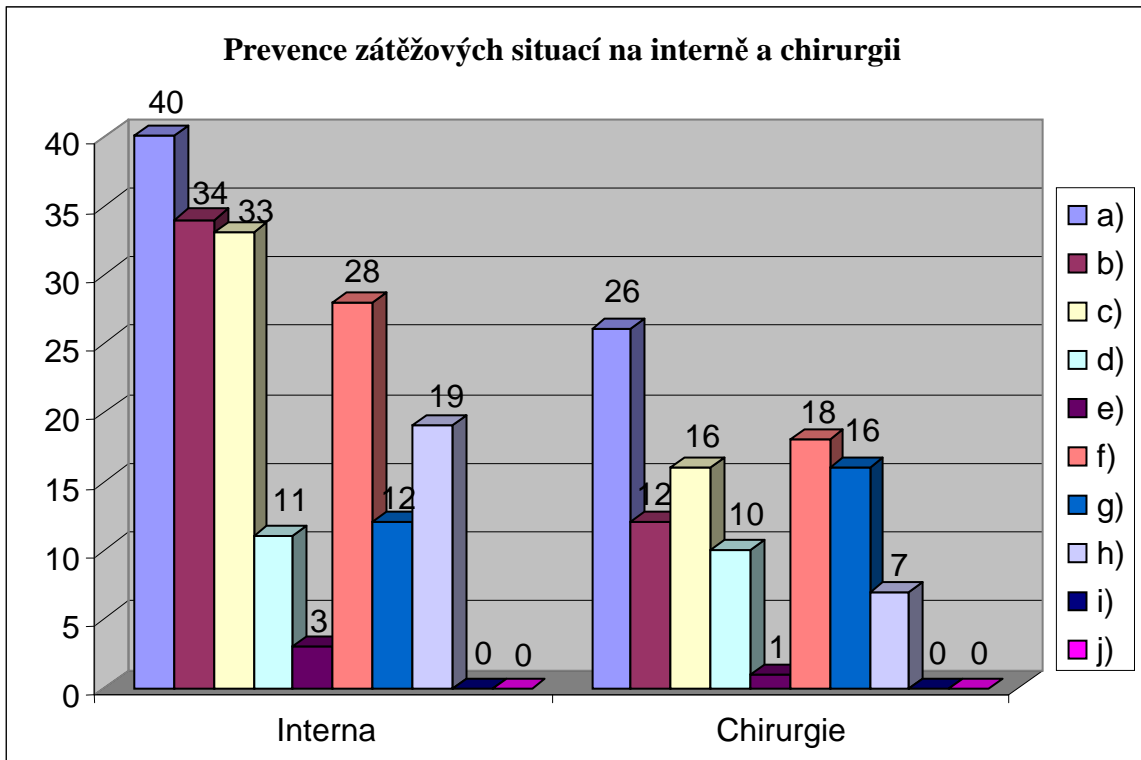
Vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 6. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka č. 17:**Jaká si myslíte, že je na pracovišti nejúčinnější prevence proti zátěžovým situacím?****(Možnost zatrhnout více odpovědí.)**

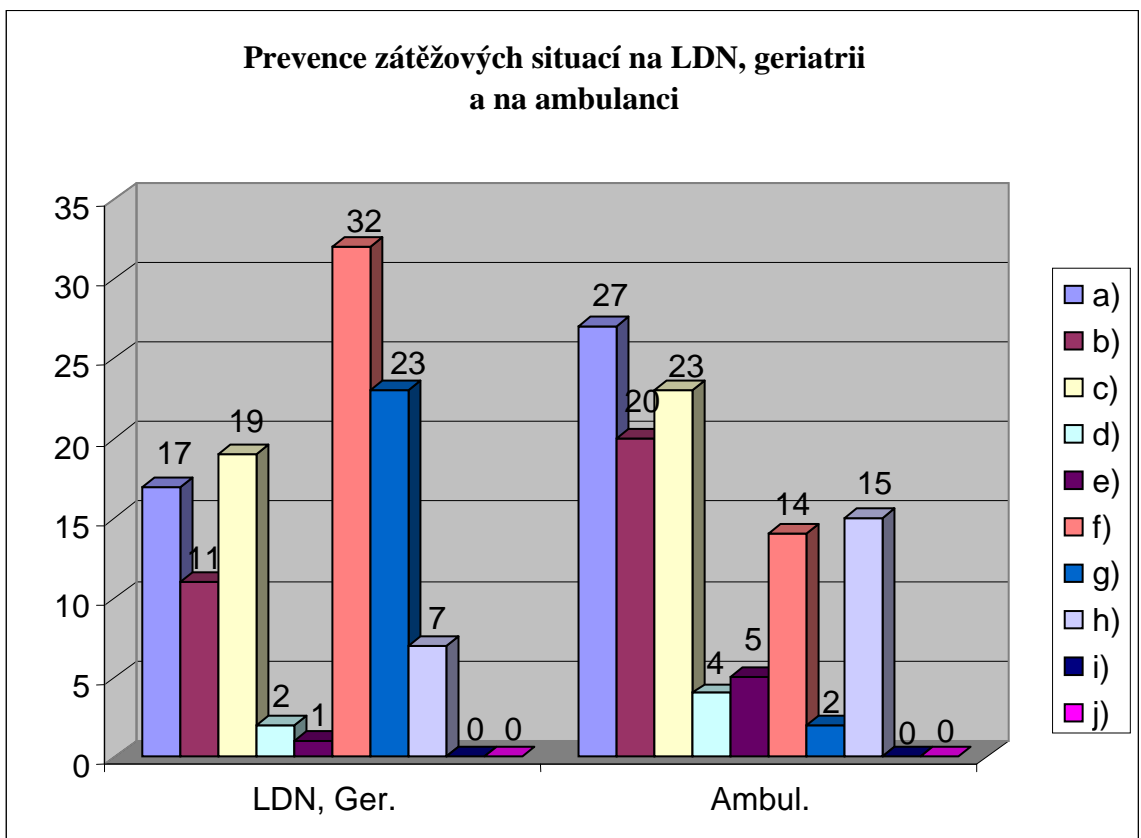
- a) dobrý kolektiv
- b) rozdělení práce
- c) lepší finanční ohodnocení
- d) žádná přesčasová práce
- e) pravidelná změna pracoviště
- f) dobré vedení a dobrý nadřízený
- g) uznání a pochvala od nadřízeného a kolegů
- h) dobré sociální zázemí na pracovišti
- i) nevím
- j) jiné

Tab. 50. Prevence zátěžových situací

Prevence	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	40	26	17	27
b)	34	12	11	20
c)	33	16	19	23
d)	11	10	2	4
e)	3	1	1	5
f)	28	18	32	14
g)	12	16	23	2
h)	19	7	7	15
i)	0	0	0	0
j)	0	0	0	0
Celkem	180	106	112	110



Graf 21. Prevence zátěžových situací na interně a chirurgii



Graf 22. Prevence zátěžových situací na LDN, geriatrici a na ambulanci

Tab. 51. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k prevenci zátěžových situací

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	38,98	22,95	24,25	23,82
b)	27,28	16,07	16,98	16,67
c)	32,24	18,99	20,06	19,70
d)	9,57	5,63	5,95	5,85
e)	3,54	2,09	2,20	2,17
f)	32,60	19,20	20,28	19,92
g)	18,78	11,06	11,69	11,48
h)	17,01	10,02	10,58	10,39
i)	0,00	0,00	0,00	0,00
j)	0,00	0,00	0,00	0,00

Tab. 52. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k prevenci zátěžových situací

x^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	0,0269	0,4046	2,1685	0,4248
b)	1,6535	1,0294	2,1039	0,6638
c)	0,0177	0,4703	0,0563	0,5511
d)	0,2147	3,3837	2,6247	0,5832
e)	0,0833	0,5659	0,6583	3,7108
f)	0,6487	0,0746	6,7679	1,7600
g)	2,4475	2,2075	10,9566	7,8249
h)	0,2333	0,9080	1,2129	2,0414
i)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
j)	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti x^2 58,1787

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1)$ 21 32,671

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

Vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 21. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti alternativní hypotézy.

Otázka č. 18:

a) Dělají se na vašem pracovišti nějaká preventivní opatření proti zátěžovým situacím?

Tab. 53. Preventivní opatření na pracovištích

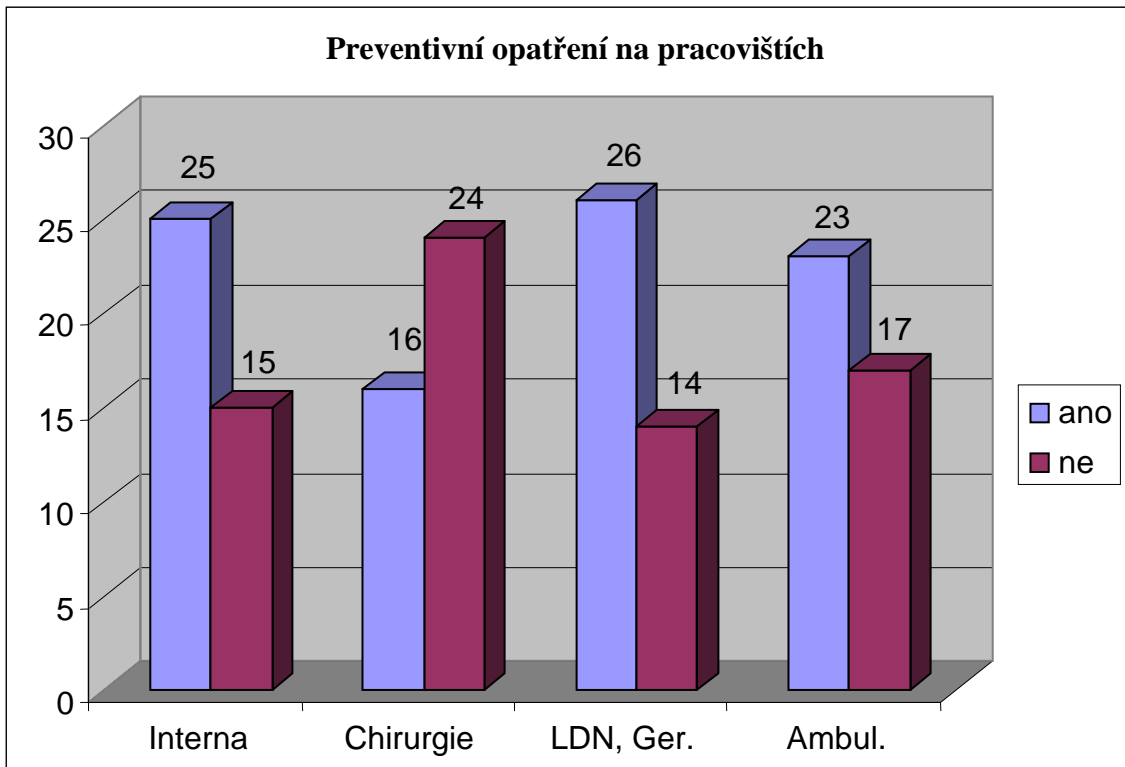
Prevence	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	25	16	26	23
ne	15	24	14	17
Celkem	40	40	40	40

b) Pokud ano, jaká?

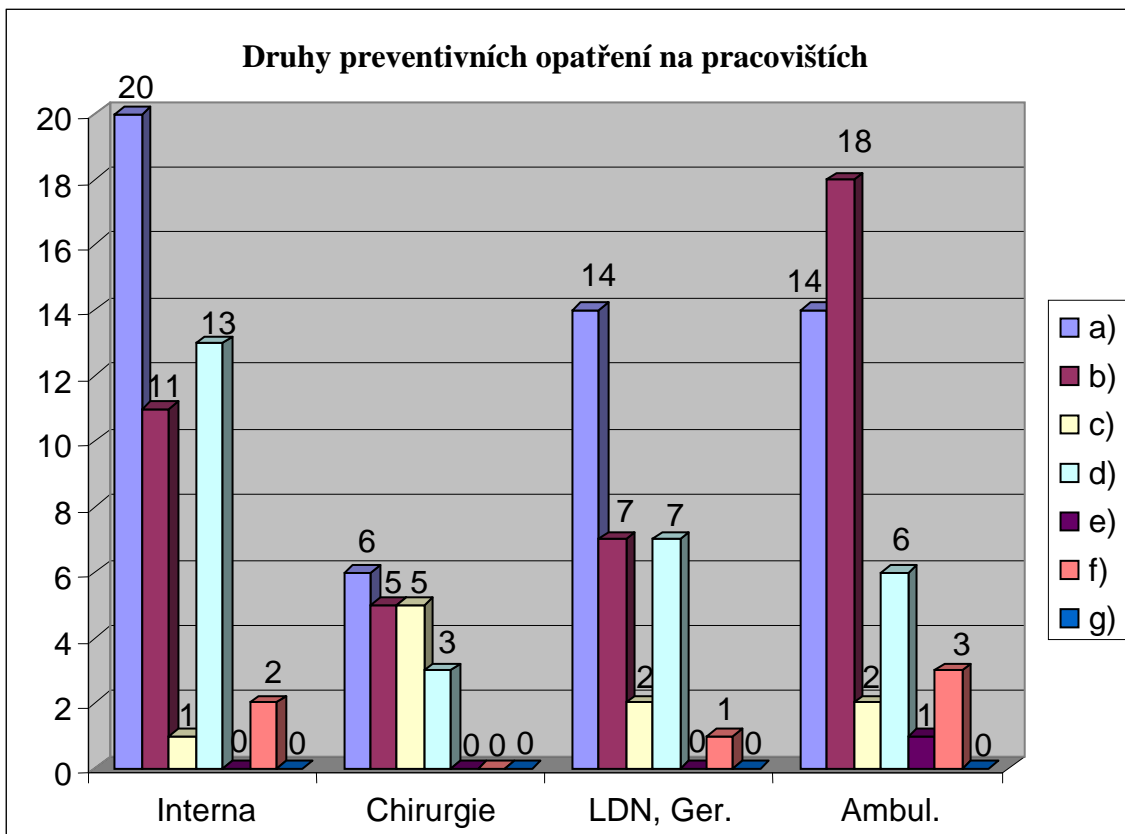
- a) pořádáme společné večírky
- b) chodíme na semináře a školení
- c) pořádáme společné sportovní akce
- d) máme pravidelné porady, kde řešíme problémy
- e) nemíváme přesčasy
- f) je nás personálně dost
- g) jiné

Tab. 54. Druhy preventivních opatření na pracovištích

Druh prevence	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
a)	20	6	14	14
b)	11	5	7	18
c)	1	5	2	2
d)	13	3	7	6
e)	0	0	0	1
f)	2	0	1	3
g)	0	0	0	0
Celkem	47	19	31	44



Graf 23a. Preventivní opatření na pracovištích



Graf 23b. Druhy preventivních opatření na pracovištích

Tab. 55. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se preventivních opatření na pracovištích

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	22,50	22,50	22,50	22,50
ne	17,50	17,50	17,50	17,50

Tab. 56. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se preventivních opatření na pracovištích

χ^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	0,2778	1,8778	0,5444	0,0111
ne	0,3571	2,4143	0,7000	0,0143

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti χ^2 6,19683

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 3 7,815

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

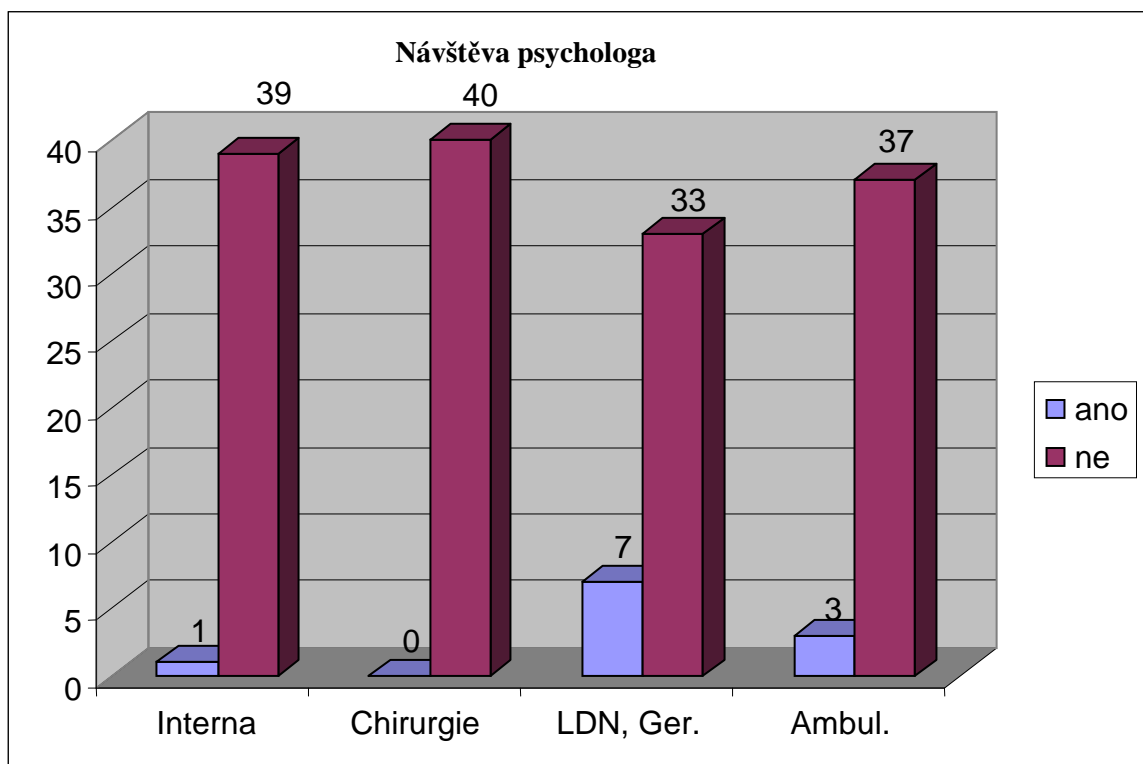
Vypočítaná χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 3. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka č. 19:

Navštívil/a jste někdy psychologa, když jste se dostal/a do kontaktu se zátěžovou situací?

Tab. 57. Návštěva psychologa

Psycholog	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	1	0	7	3
ne	39	40	33	37
Celkem	40	40	40	40



Graf 24. Návštěva psychologa

Tab. 58. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k návštěvě psychologa

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	2,75	2,75	2,75	2,75
ne	37,25	37,25	37,25	37,25

Tab. 59. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k návštěvě psychologa

x^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	1,1136	2,7500	6,5682	0,0227
ne	0,0822	0,2030	0,4849	0,0017

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti x^2 11,2264

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 3 7,815

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

Vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 3. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti alternativní hypotézy.

Otázka č. 20:

Zajímal/a jste se někdy o problematiku zátěžových situací nějak blíže?

Tab. 60. Zájem o problematiku zátěžových situací

Zájem o zátěžové situace	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	8	5	10	14
ne	32	35	30	26
Celkem	40	40	40	40

Tab. 61. Tabulka k odpovědi „ano, zajímám se“ z interny

Ano, zajímám se - interna	
seminář	4
knihy	2
studium	1
časopisy	1
Celkem	8

Tab. 62. Tabulka k odpovědi „ano, zajímám se“ z chirurgie

Ano, zajímám se - chirurgie	
seminář	2
knihy	2
studium	1
Celkem	5

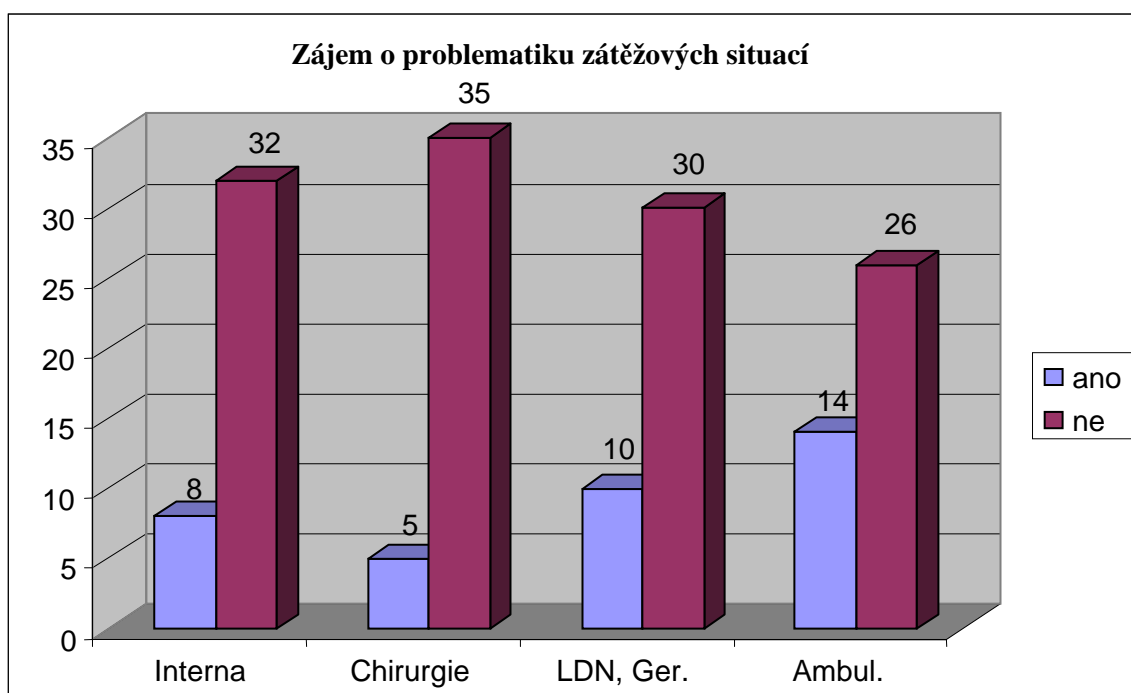
Tab. 63. Tabulka k odpovědi „ano, zajímám se“

z LDN, geriatrie

Ano, zajímám se -LDN, geriatrie	
seminář	4
knihy	5
studium	1
Celkem	10

Tab. 64. Tabulka k odpovědi „ano, zajímám se“ z ambulancí

Ano, zajímala - ambulance	
seminář	5
knihy	5
časopisy	2
internet	2
Celkem	14



Graf 25. Zájem o problematiku zátěžových situací

Tab. 65. Tabulka očekávaných četností "O"

vyjadřující zájem o problematiku zátěžových situací

"O"	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	9,25	9,25	9,25	9,25
ne	30,75	30,75	30,75	30,75

Tab. 66. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vyjadřující zájem o problematiku zátěžových situací

χ^2	Interna	Chirurgie	LDN, Ger.	Ambul.
ano	0,1689	1,9527	0,0608	2,4392
ne	0,0508	0,5874	0,0183	0,7337

tabulková hodnota pro výpočet stupňů volnosti x^2 6,01187

stupňů volnosti $f = (r-1) * (s-1)$ 3 7,815

r – počet řádků s - počet sloupců

hladina významnosti: 0,05

Vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 3. Neexistuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

V otázce č. 15 se potvrdila nulová hypotéza, protože vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 30. V otázce č. 16 se potvrdila nulová hypotéza, protože vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 6. V otázce č. 17 se potvrdila alternativní hypotéza, protože vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 21. V otázce č. 18 se potvrdila nulová hypotéza, protože vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 3. V otázce č. 19 se potvrdila alternativní hypotéza, protože vypočítaná x^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 3. V otázce č. 20 se potvrdila nulová hypotéza, protože vypočítaná x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 3.

Celkově se tedy přikláním k hypotéze nulové, protože čtyři otázky potvrzují nulovou hypotézu, a proto se závislost uvedených veličin nepodařilo prokázat.

9 DISKUZE

9.1 Zhodnocení dosažených výsledků

Ve své bakalářské práci jsem se snažila o splnění mnou vytyčených cílů a potvrzení nebo eventuálně vyvrácení stanovených hypotéz. Sledovala jsem psychické zátěžové situace na standardním interním oddělení, chirurgickém oddělení, LDN, geriatrickém oddělení a na ambulancích.

Ve své práci jsem si stanovila cíle:

- 1) Zjistit, jak často se sestry setkávají na svém pracovišti se zátěžovými situacemi a jak tuto zátěž hodnotí (standardní interní oddělení, standardní chirurgické oddělení, léčebna dlouhodobě nemocných ve Zlíně a Geriatrické oddělení v Brně, ambulance)
- 2) Zjistit, s jakými nejčastějšími psychickým zátěžemi se sestry setkávají a co sestry považují za největší psychickou zátěž ve své profesi.
- 3) Zhodnotit, zda jsou sestry seznámeny a zda provádějí preventivní opatření proti zátěžovým situacím.
- 4) Vytvořit informační materiály pro vedoucí pracovníky (staniční sestry a vrchní sestry jednotlivých oddělení).

Celkem jsem v dotazníku použila 20 otázek, kdy první 4 otázky jsou kontaktní a zbytek otázek jsem řešila pomocí statistické metody testu nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

Zkoumaný vzorek tvořilo celkem 160 respondentů, 159 respondentů bylo ženského pohlaví a jeden respondent byl pohlaví mužského. Zjistila jsem, že sestry které pracují na standardním interním, chirurgickém oddělení a na oddělení LDN a geriatric, jsou nejčastěji ve věku 21 - 30. Sestry, které pracují na ambulancích, mají nejčastěji uvedený věk 31 - 40 a 41 - 50. Myslím si, že je to dáno náročností práce u lůžka a směnným provozem. Z odpovědí respondentů jsem se dozvěděla, že nejvíce sester má střední zdravotnickou školu, zde nejsou moc významné rozdíly mezi jednotlivými odděleními. Vyšší zdravotnickou školu má 19 sester a vysokoškolské vzdělání Bc. nebo

Mgr. 15 sester. Po sečtení všech vrácených dotazníků jsem získala 40 respondentů z každého oddělení.

K cíli č. 1 jsem si stanovila hypotézu č. 1

Hypotéza 1

H01: Sestry se setkávají každou směnu se zátěžovými situacemi na svém pracovišti, tuto zátěž hodnotí a zvládají na stupnici bodem 5 a více.

HA1: Sestry se nesetkávají každou směnu se zátěžovými situacemi na svém pracovišti, tuto zátěž hodnotí a zvládají na stupnici bodem 5 a méně.

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 5, 6, 8.

V otázce č. 5 jsem zjišťovala míru psychických zátěžových situací na pracovišti. Tuto míru měli respondenti vyjádřit pomocí stupnice od 1 do 10. Na interním oddělení označilo 14 respondentů nejčastěji číslo 8, na chirurgii označilo 10 respondentů nejčastěji číslo 5, na LDN a geriatrii označilo 12 respondentů nejčastěji číslo 10 a na ambulancích označilo 9 respondentů nejčastěji číslo 8. Žádný z respondentů neoznačil číslo 1. V této otázce respondenti uvedly vyšší čísla než hodnotu číslo 5, kterou jsem si stanovila při tvorbě hypotézy, ale po statistickém zpracování metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila alternativní hypotéza, kdy existuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

V otázce č. 6 jsem zjišťovala, jak často se respondenti setkávají na svém pracovišti se zátěžovými situacemi. Nejčastější odpovědi respondentů z interního oddělení byla odpověď každou směnu, kterou vybralo 30 respondentů, zbylých 10 respondentů uvedlo odpověď 1x až 2x za týden. Nejčastější odpovědí z chirurgického oddělení byla odpověď každou směnu, kterou vybralo 26 respondentů, zbylých 13 respondentů uvedlo odpověď 1x až 2x za týden. Nejčastější odpovědí z LDN a geriatrie byla odpověď každou směnu, kterou vybralo 31 respondentů, zbylých 9 respondentů uvedlo odpověď 1x až 2x za týden. Nejčastější odpovědí z ambulancí byla odpověď každou směnu, kterou vybralo 31 respondentů, zbylých 6 respondentů uvedlo odpověď 1x až 2x za týden. Žádný z respondentů neuvedl odpovědi 1x až 2x za rok, nikdy, nebo jiné. Dá se říci, že po sečtení

odpovědí respondentů vyplývá z hodnocení to, že se sestry na svých pracovištích setkávají se zátěžovými situacemi každou směnu.

Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

Pro srovnání jsem uvedla výsledky z bakalářské práce studentky Márie Gučkové, Dis., která v roce 2006 byla studentkou Masarykovy univerzity a zpracovávala bakalářskou práci na téma: Fyzické a psychické zátěže na neurologii. V práci srovnávala neurologii a jiné klinické obory. Ve své otázce se ptala na: Nároky kladené na psychickou zátěž sester. Nejčastější odpovědí respondentů z různých klinických oborů byla odpověď „ano stále“, kterou označilo 23 respondentů a odpověď „ano často“, kdy tuto odpověď vybralo 32 respondentů z celkového počtu 83 respondentů. Odpověď občas odpovědělo 19 respondentů. Lze zhodnotit, že tyto výsledky jsou velmi podobné odpovědím respondentů v mé bakalářské práci. ^[36]

V otázce č. 8 jsem zjišťovala, jak jsou schopni respondenti zvládat psychické zátěžové situace na svém pracovišti. Toto zvládání měli respondenti vyjádřit pomocí stupnice od 1 do 10, kdy 1 je nejlepší zvládání a 10 zvládání nejhorší. Na interním oddělení označilo 12 respondentů nejčastěji odpověď č. 3. Na chirurgickém oddělení označilo 12 respondentů nejčastěji odpověď č. 3. Na LDN a geriatrii označilo 13 respondentů odpověď č. 3. Na ambulancích označilo 14 respondentů nejčastěji odpověď č. 3. Další odpovědi, které byly respondenty vybírány, jsou č. 4 a 5. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila alternativní hypotéza, kdy existuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

Celkově se tedy pro vyhodnocení první hypotézy přikláním k **alternativní hypotéze**, protože dvě otázky potvrzují alternativní hypotézu a vykazují výraznou statistickou závislost mezi sledovanými kritérii. Cíl, který jsem si stanovila: zjistit, jak často se sestry setkávají na svém pracovišti se zátěžovými situacemi a jak tuto zátěž hodnotí jsem splnila.

K cíli č. 2 jsem si stanovila hypotézu č. 2**Hypotéza 2**

H02: Sestry hodnotí míru psychických zátěží na svém pracovišti bodem 5 a více.

HA2: Sestry hodnotí míru psychických zátěží na svém pracovišti bodem 5 a méně.

K hypotéze č. 2 se vztahují otázky č. 9, 11, 13

V otázce č. 9 jsem zjišťovala, jak hodnotí respondenti míru psychické zátěže ve vztahu ke klientovi na svém pracovišti. Toto hodnocení měli respondenti vyjádřit pomocí stupnice od 1 do 10, kdy 1 je nejnižší zátěž a 10 nejvyšší zátěž. Na interním oddělení označilo 9 respondentů nejčastěji odpověď č. 5. Na chirurgickém oddělení označilo 11 respondentů nejčastěji odpověď č. 3. Na LDN a geriatrii označili respondenti různé odpovědi. Nejčastěji zvolili č. 3, 4 a 8, kdy shodně na všechny odpovědi odpovídalo 7 respondentů. Na ambulancích označilo 11 respondentů nejčastěji odpověď č. 2. Odpovědi respondentů se v této otázce dosti lišily. Myslím si, že hlavní důvod rozdílných odpovědí je v tom, že na ambulance klienti přijdou, jsou objednaní na konkrétní den a hodinu a nejsou zde hospitalizováni. Na ostatních odděleních jsou klienti hospitalizováni, sestry jsou s nimi ve větším kontaktu než na ambulancích. A na oddělení LDN a geriatrii jsou hospitalizováni klienti často dlouhodobě, což působí určitě na zdravotnický personál. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

V otázce číslo 11 jsem zjišťovala, jak hodnotí respondenti míru psychické zátěže ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí. Toto hodnocení měli respondenti vyjádřit pomocí stupnice od 1 do 10, kdy 1 je nejnižší zátěž a 10 nejvyšší zátěž. Na interním oddělení označilo 10 respondentů nejčastěji odpověď č. 3. Na chirurgickém oddělení označilo 10 respondentů nejčastěji odpověď č. 2. Na LDN a geriatrii označilo 13 respondentů nejčastěji odpověď č. 3. Na ambulancích označilo 9 respondentů nejčastěji odpověď č. 3. V této otázce jako nejčastější odpověď uvedli respondenti č. 3, ale i ostatní odpovědi byly často označovány. Myslím, že tuto otázku nelze z odpovědí respondentů jednoznačně hodnotit, protože odpovědi se lišily minimem jednoho nebo dvěma

respondenty. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

V otázce č. 13 jsem zjišťovala, jak hodnotí respondenti míru psychické zátěže ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života. Toto hodnocení měli respondenti vyjádřit pomocí stupnice od 1 do 10, kdy 1 je nejnižší zátěž a 10 nejvyšší zátěž. Na interním oddělení byly nejčastěji označeny odpovědi č. 2, 5, 6. Každá odpověď byla označena stejným počtem 7 respondentů. Na chirurgickém oddělení označilo 9 respondentů nejčastěji odpověď č. 2. Na LDN a geriatrii označilo 8 respondentů nejčastěji odpověď č. 5. Na ambulancích byly nejčastěji označeny odpovědi č. 3, 5, 6. Každá odpověď byla označena stejným počtem 7 respondentů. Rozdíly mezi jednotlivými odpověďmi jsou značné. Domnívám se, že hlavním důvodem rozdílných odpovědí je individuální osobnost každé sestry. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

Celkově se tedy po vyhodnocení druhé hypotézy přikláním k **hypotéze nulové**, protože všechny tři otázky potvrzují nulovou hypotézu, a proto se závislost uvedených veličin nepodařilo prokázat. Cíl, který jsem si stanovila: zjistit s jakými nejčastějšími psychickým zátěžemi se sestry setkávají a co sestry považují za největší psychickou zátěž ve své profesi, jsem splnila.

K cíli č. 2 jsem si stanovila hypotézu č. 3

Hypotéza 3

H03: Sestry považují za nejvíce zátěžové komunikaci s klientem a lékaři a nedostatek času na rodinu.

HA3: Sestry nepovažují za nejvíce zátěžové komunikaci s klientem a lékaři a nedostatek času na rodinu.

K hypotéze č. 3 se vztahují otázky č. 10, 12, 14

V otázce č. 10 jsem zjišťovala, kterou psychickou situaci ve vztahu sestry a klient považují respondenti za nejvíce zátěžovou. Na interním oddělení označilo 13 respondentů jako nejvíce zátěžovou situaci odpověď c) - trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou). Na chirurgickém oddělení vybralo 11 respondentů odpověď b) - chronicky nemocný klient. Na LDN a geriatrii označilo nejvíce respondentů skoro shodně odpověď c) - trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou) a odpověď e) - komunikace s agresivním, dementním klientem. Odpověď c) vybralo jako nejvíce zátěžovou 15 respondentů a odpověď e) vybralo jako nejvíce zátěžovou 14 respondentů. Na ambulancích respondenti označili jako nejvíce zátěžové psychické situace odpovědi c), d), e), které se lišily v rozdílu jednoho nebo dvou respondentů. Odpověď c) - trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou) zvolilo jako nejvíce zátěžovou psychickou situaci 10 klientů, odpověď d) - akutní případy, kdo dochází k ohrožení života vybralo 11 respondentů a odpověď e) - komunikace s agresivním, dementním klientem vybralo 12 respondentů. Celkově tedy nejvíce respondentů jako největší psychickou zátěžovou situaci hodnotí odpověď c) - trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou). Tuto odpověď vybralo 47 respondentů ze 160. Překvapilo mě, že odpověď úmrtí klienta/ky vybralo celkem pouze 13 respondentů. Domnívala jsem se, že ze 160 respondentů jich bude více. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila alternativní hypotéza, kdy existuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

V otázce č. 12 jsem zjišťovala, kterou psychickou situaci ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí považují respondenti za nejvíce zátěžovou. Na interním oddělení označilo za nejvíce psychicky zátěžovou 17 respondentů odpověď c) - nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři. Na chirurgickém oddělení označilo 14 respondentů za nejvíce psychicky zátěžovou odpověď c) - nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři. Na LDN a geriatrii označilo 10 respondentů jako nejvíce psychicky zátěžovou situaci odpověď a) - přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti (sledování stavu pacientů, přístrojů), zde byl jen malý rozdíl v jednom respondentovi s odpovědí c) - nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři, kterou vybralo 9 respondentů. Na ambulancích vybralo 12 respondentů jako nejvíce zátěžovou situaci odpověď c) - nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři. Celkově se respondenti z různých oddělení shodli na odpovědi c) - nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři.

Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

Pro srovnání jsem uvedla výsledky z bakalářské práce studentky Jitky Vlkové, která byla v roce 2007 studentkou Masarykovy univerzity a zpracovávala bakalářskou práci na téma: Psychické a fyzické zátěže sester pracujících s geriatrickými pacienty. V práci posuzovala psychické a fyzické zátěže sester. Ve své otázce č. 11 se ptala: Kterou situaci na Vašem pracovišti považujete za nejvíce zátěžovou? Celkem odpovídalo 43 respondentů, z toho 19 vybralo „konflikty s klienty a rodinnými příslušníky“, jako další respondenti zvolili odpověď „časový stres“, kdy tuto odpověď vybralo 9 respondentů, a 8 respondentů zvolilo odpověď „náhlé zdravotní komplikace pacienta“. 3 respondenti odpověděli „asistence u umírání“, stejný počet respondentů označilo odpověď „konflikty se sestrami“, 1 respondent vybral odpověď „konflikt s lékaři“. Zde lze tedy zhodnotit, že respondenti pracující v léčebně pro dlouhodobě nemocné a na geriatrici v mojí bakalářské práci vybrali jiné odpovědi. Po zamyšlení se nad růzností výsledků si myslím, že hlavní rozdíl je v tom, že jsem měla odpovědi od respondentů ze Zlína a že jsme každá měly rozdílný vzorek respondentů. ^[35]

V otázce č. 14 jsem zjišťovala, kterou psychickou situaci ve svém soukromí a způsobu života považují respondenti za nejvíce psychicky zátěžové. Na interním oddělení 11 respondentů označilo jako nejvíce psychickou zátěžovou situaci odpověď b) - nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim. Na chirurgickém oddělení označilo 12 respondentů jako nejvíce psychicky zátěžovou odpověď d) - málo volného času. Na LDN a geriatrici označilo 12 respondentů jako nejvíce psychicky zátěžovou odpověď e) - nedostatečný kontakt s rodinou a málo času na děti. Na ambulancích se odpovědi lišily jedním respondentem, kdy 12 respondentů za nejvíce psychicky zátěžovou situaci vybralo odpověď b) - nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim. 11 respondentů na ambulancích vybralo odpověď e) - nedostatečný kontakt a málo času na děti. Celkově lze těžko zhodnotit, jakou psychickou zátěžovou situaci respondenti hodnotí jako největší zátěž, protože jednotlivé odpovědi se značně podobají, a proto nelze jednoznačně určit, kterou odpověď respondenti označují ke vztahu k soukromí a způsobu

života jako nejvíce zátěžovou. Myslím si, že odpovědi jsou velice subjektivní a záleží na individualitě každého respondenta. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

Celkově se tedy pro vyhodnocení třetí hypotézy přikláním k **hypotéze nulové**, protože dvě otázky potvrzují nulovou hypotézu, a proto se závislost uvedených veličin nepodařilo prokázat. Cíl, který jsem si stanovila: zjistit, s jakými nejčastějšími psychickým zátěžemi se sestry setkávají a co sestry považují za největší psychickou zátěž ve své profesi, jsem splnila.

K cíli č. 3 jsem si stanovila hypotézu č. 4

Hypotéza 4

H04: Sestry jsou seznámeny s možnostmi prevence a prevenci provádí.

HA4: Sestry nejsou seznámeny s možnostmi prevence a prevenci neprovádí.

K hypotéze č. 3 se vztahují otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20.

V otázce č. 15 jsem zjišťovala, jak předchází respondenti zátěžovým situacím, v této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Z interního oddělení celkem označili respondenti 168 odpovědí, kdy jako nejčastější odpověď prevence předcházení zátěžovým situacím zvolili odpověď i) - mám pravidelný kontakt s rodinou a přáteli. Tuto odpověď vybralo 32 respondentů. Jako druhou nejčastější odpověď respondenti volili odpověď d) - poslouchám muziku. Tuto odpověď uvedlo 31 respondentů. Třetí nejčastější odpovědí byla odpověď e) - chodím do společnosti. Tuto odpověď vybralo 27 respondentů. Z chirurgického oddělení celkem respondenti označili 104 odpovědí, kdy jako nejčastější odpověď prevence předcházení zátěžovým situacím zvolili odpověď i) - mám pravidelný kontakt s rodinou a přáteli. Tuto odpověď vybralo 31 respondentů. Jako druhou nejčastější odpověď volili respondenti odpověď e) - chodím do společnosti. Tuto odpověď vybralo 18 respondentů. Jako třetí respondenti vybrali odpověď d) - poslouchám muziku. Tuto odpověď vybralo 15 respondentů. Z LDN a z geriatrické oddělení celkem respondenti označili

102 odpovědí. Jako nejčastější odpověď prevence předcházení zátěžovým situacím zvolili odpověď i) - mám pravidelný kontakt s rodinou a přáteli. Tuto odpověď zvolilo 25 respondentů. Jako druhou nejčastější odpověď respondenti označili odpověď d) - poslouchám muziku. Tuto odpověď vybralo 19 respondentů. Třetí nejčastější volenou odpovědí byla odpověď c) - chodím na procházky. Tuto odpověď označilo 18 respondentů. Z ambulancí celkem respondenti označili 118 odpovědí. Jako nejčastější odpověď prevence předcházení zátěžovým situacím zvolili odpověď i) - mám pravidelný kontakt s rodinou a přáteli. Tuto odpověď vybralo 27 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď c) a d). Obě dvě odpovědi označilo 16 respondentů. Odpověď c) - chodím na procházky, odpověď d) - poslouchám muziku. Jako třetí respondenti vybrali odpověď a) - rekreačně sportuji. Po celkovém vyhodnocení lze konstatovat, že odpovědi z jednotlivých oddělení byly podobné. Nejvíce se zde opakovaly odpovědi i) - mám pravidelný kontakt s rodinou a přáteli, d) - poslouchám muziku, e) - chodím do společnosti, c) - chodím na procházky. Myslím si, že lze zhodnotit, že pravidelný kontakt s rodinou a přáteli je pro sestry důležitý. Myslím si, že sestry tuto mou domněnku svými jednoznačnými odpověďmi potvrdily. V této otázce respondenti měli možnost odpovědět f) - mám své zájmy a odpověď k) - jiné. Tuto možnost doplnění vlastních odpovědí celkem ze všech 160 respondentů využilo 27 respondentů. Po zhodnocení všech odpovědí nejčastěji respondenti uváděli zahrada, spánek, pes (Tab. 38 - 44). Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

Výsledky z této otázky jsem opět porovnávala s prací studentky Márie Gučkové, Dis. Ve své otázce se ptala na: Metody používané na zvládnání stresu (respondenti v této otázce mohli označit více odpovědí). Celkový počet respondentů v této otázce bohužel nevedla. Ale nejčastější odpověď respondentů z jiných klinických oborů byla odpověď spánek. Tuto odpověď označilo 60 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí respondentů bylo posezení s přáteli. Tuto odpověď označilo 58 respondentů. Jako třetí nejčastější odpovědí byla zvolena odpověď relaxace u hudby. Proto se domnívám, že celkově pro respondenty je důležitý kontakt s přáteli a poslech hudby. I v této práci byly tyto odpovědi respondenty nejvíce vybírány stejně jako v moji bakalářské práci. ^[36]

V otázce č. 16 jsem zjišťovala, zda se respondenti domnívají, že jimi prováděná prevence zátěžových situací je dostačující. Na interním oddělení mi 9 respondentů odpovědělo ano, 20 respondentů vybralo odpověď ne a 11 respondentů odpověď nevím. Na chirurgickém oddělení mi odpovědělo 12 respondentů ano, 19 respondentů ne a 9 respondentů vybralo odpověď nevím. Na ambulancích mi odpovědělo 11 respondentů ano, 19 označilo odpověď ne a 10 vybralo nevím. Po celkovém sečtení mi ze 160 respondentů 53 respondentů odpovědělo ano, 83 respondentů vybralo odpověď ne a 34 respondentů označilo odpověď nevím. Překvapilo mě, kolik respondentů označilo odpověď ne, domnívala jsem se, že častější odpovědí bude odpověď ano. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

V otázce č. 17 jsem zjišťovala, jaká prevence proti zátěžovým situacím je podle respondentů nejúčinnější. V této otázce měli respondenti možnost zatrhnout více odpovědí. Na interním oddělení bylo celkem 180 odpovědí, kdy respondenti vybrali jako nejčastější odpověď a) - dobrý kolektiv. Tuto odpověď označilo 40 respondentů. Jako druhou nejčastější odpověď respondenti volili možnost b) - rozdělení práce. Tuto odpověď vybralo 34 respondentů. Třetí nejčastější odpovědí byla uvedena odpověď c) - lepší finanční ohodnocení, tuto odpověď zvolilo 33 respondentů. Na chirurgickém oddělení bylo 106 odpovědí. Jako nejčastější odpověď volili respondenti odpověď a) - dobrý kolektiv. Tuto odpověď vybralo 26 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď f) - dobré vedení a dobrý nadřízený. Tuto odpověď zvolilo 18 respondentů. Třetí nejčastější odpovědí byla odpověď c) - lepší finanční ohodnocení a g) - uznání a pochvala od nadřízených a kolegů. Tyto odpovědi označilo shodně 16 respondentů. Na LDN a geriatrii bylo celkem 112 odpovědí. Jako nejčastější odpověď zvolili respondenti odpověď f) - dobré vedení a dobrý nadřízený. Tuto odpověď vybralo 32 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď g) - uznání a pochvala od nadřízeného a kolegů, kdy tuto odpověď vybralo 23 respondentů. Třetí nejčastější odpovědí byla zvolena odpověď c) - lepší finanční ohodnocení. Tuto odpověď označilo 19 respondentů. Na ambulancích bylo celkem 110 odpovědí. Nejčastěji respondenti zvolili odpověď a) - dobrý kolektiv, tuto odpověď vybralo 27 respondentů. Druhou nejčastější volenou odpovědí byla odpověď c) - lepší finanční ohodnocení. Tuto odpověď vybralo 23

respondentů. Jako druhou nejčastější odpověď zvolili respondenti odpověď b) - rozdělení práce. Tuto odpověď vybralo 20 respondentů. Po celkovém sečtení všech odpovědí viděli respondenti jako neúčinnější možnost prevence proti zátěžovým situacím odpovědi c) - lepší finanční ohodnocení a a) - dobrý kolektiv. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila alternativní hypotéza, kdy existuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

V otázce č. 18 jsem zjišťovala, zda se dělají na jednotlivých pracovištích preventivní opatření proti zátěžovým situacím. Na interním oddělení zvolilo 25 respondentů odpověď ano, 15 respondentů odpovědělo ne. Na chirurgickém oddělení 16 respondentů odpovědělo ano a 24 respondentů zahrlo odpověď ne. Na LDN a geriatrii 26 respondentů zahrlo odpověď ano a 14 respondentů ne. Na ambulancích vybralo 23 respondentů odpověď ano a 17 respondentů odpověď ne. V této otázce jsem se ptala, pokud se dělají preventivní opatření, tak jaká. Zde měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Z interního oddělení bylo 47 odpovědí, kde nejvíce respondentů vybralo odpověď a) - pořádáme společné večírky, tuto odpověď vybralo 20 respondentů. Jako druhou nejčastější odpověď byla odpověď d) - máme pravidelné porady, kde řešíme problémy, tuto odpověď zvolilo 13 respondentů. Jako třetí nejčastější odpověď vybrali respondenti odpověď b) - chodíme na semináře a školení. Tuto odpověď vybralo 11 respondentů. Na chirurgickém oddělení bylo celkem 19 odpovědí. Z toho respondenti nejčastěji zvolili odpověď a) - pořádáme společné večírky, tuto odpověď vybralo 6 respondentů. Druhou nejčastější zvolenou odpovědí byla odpověď b) - chodíme na semináře a školení a c) - pořádáme společné sportovní akce. Tyto odpovědi označilo shodně 5 respondentů. Třetí nejčastější odpovědí byla odpověď d) - máme pravidelné porady, kde řešíme problémy, tuto odpověď označili 3 respondenti. Na LDN a geriatrii bylo celkem 31 odpovědí. Jako nejčastější odpověď respondenti vybrali odpověď a) - pořádáme společné večírky. Tuto odpověď vybralo 14 respondentů. Druhou nejčastější odpověď respondenti vybrali odpověď b) - chodíme na semináře a školení a d) - máme pravidelné porady, kde řešíme problémy. Tyto odpovědi vybralo shodně 7 respondentů. Z ambulancí bylo 44 odpovědí. Jako nejčastější odpověď zvolili respondenti odpověď b) - chodíme na semináře a školení. Tuto odpověď zvolilo 18 respondentů. Druhou nejčastější odpověď zvolili respondenti odpověď a) - pořádáme společné večírky, tuto odpověď vybralo 14 respondentů. Třetí nejčastější odpovědí

respondenti zvolili odpověď d) - máme pravidelné porady, kde řešíme problémy. Tuto odpověď zvolilo 6 respondentů. Po celkovém sečtení všech odpovědí jsem zjistila, že u 90 respondentů, se dělají preventivní opatření proti zátěžovým situacím a u 70 respondentů se nedělají. Nejčastější preventivní opatření, která se dělají na jednotlivých pracovištích, jsou odpověď a) - pořádáme společné večírky, druhou nejčastější odpovědí je odpověď b) - chodíme na semináře a školení a třetí nejčastější odpovědí je odpověď d) - máme pravidelné porady, kde řešíme problémy. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

V otázce č. 19 jsem zjišťovala, zda respondenti při kontaktu se zátěžovou situací navštívili někdy psychologa. Na interním oddělení odpovědělo 39 respondentů, že psychologa nenavštívilo a 1 respondent odpověděl, že psychologa navštívil. Na chirurgickém oddělení odpovědělo 40 respondentů, že psychologa nenavštívilo. Na oddělení LDN a geriatric 33 respondentů psychologa nenavštívilo a 7 navštívilo. Na ambulancích 37 respondentů psychologa nenavštívilo a 3 respondenti ho navštívili. Po celkovém sečtení všech odpovědí 11 respondentů navštívilo psychologa a 149 jej nenavštívilo. Domnívám se, že nejvíce respondentů, kteří navštívili psychologa, je z LDN a geriatric z toho důvodu, že toto oddělení respondenti vnímají jako zátěžové, protože se zde nejčastěji setkávají se smrtí a s chronickými klienty. Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila alternativní hypotéza, kdy existuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

V otázce č. 20 jsem zjišťovala, zda se respondenti o problematiku psychických zátěžových situací zajímali nějak blíže. A pokud ano, tak jak. Na interním oddělení mi 8 respondentů odpovědělo, že se o tuto problematiku blíže zajímalo a 32 respondentů že se nezajímalo. Do své odpovědi, jak se zajímali, respondenti uvedli možnosti: seminář, knihy, studium, časopisy. Na chirurgickém oddělení mi respondenti odpověděli, že 5 respondentů se zajímalo a 35 respondentů se nezajímalo. Respondenti, co se zajímali, do své odpovědi „jak“ uvedli možnosti: seminář, knihy, studium. Na oddělení LDN a geriatric se zajímalo 10 respondentů o problematiku psychických zátěžových situací blíže a 30 respondentů

se o problematiku nezajímalo. Do své odpovědi „jak“ respondenti nejčastěji vybrali: seminář, knihy, studium. Na ambulancích odpovědělo 14 respondentů, že se zajímalo, a 26 respondentů, že se nezajímalo. Do své odpovědi „jak“ respondenti napsali: seminář, knihy, časopisy, internet. Nejčastější celkovou odpověď, kterou respondenti uváděli, byl seminář. Myslím si, že je to hlavně z toho důvodu, že se sestry musejí neustále vzdělávat, navštěvovat semináře a sbírat kredity. Po celkovém vyhodnocení se 37 respondentů zajímalo blíže o problematiku prevence psychických zátěžových situací a 123 respondentů se o tuto problematiku blíže nezajímalo. Respondenti, kteří se o danou problematiku zajímají, nejčastěji navštěvují semináře, jak vyplynulo z odpovědí v dotazníku. Jak jsem již výše uvedla, je to hlavně z toho důvodu, že se sestry musejí neustále vzdělávat, navštěvovat semináře a sbírat kredity. Myslím si, že kdyby zde nebyl zaveden kreditní systém, tak účast na seminářích by nebyla tak vysoká. Ale domnívala jsem se, že se touto problematikou bude zajímat více sester, problém bude asi hlavně ve finanční stránce (placení seminářů).

Po statistickém zpracování této otázky metodou Chí-kvadrát se mi potvrdila nulová hypotéza, kdy neexistuje významná závislost mezi testovanými hodnotami.

Celkově se tedy ve čtvrté hypotéze přikláním k **hypotéze nulové**, protože čtyři otázky potvrzují nulovou hypotézu, a proto se závislost uvedených veličin nepodařilo prokázat. Cíl, který jsem si stanovila: zhodnotit, zda jsou sestry seznámeny a zda provádějí preventivní opatření proti zátěžovým situacím, jsem splnila.

V celkovém závěrečném vyhodnocení všech stanovených hypotéz a cílů, které jsem si stanovila pro praktickou část, jsem je splnila. Pomocí metody Chí-kvadrát se mi celkově potvrdily tři hypotézy nulové a jedna hypotéza alternativní.

10 NÁVRHY PRO ZLEPŠENÍ PROBLEMATIKY VZTAHUJÍCÍ SE K VÝSLEDKŮM VÝZKUMU

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou a prevencí psychických zátěžových situací na interních, chirurgických odděleních, oddělení LDN a geriatric, ambulancích.

Výstupem mé bakalářské práce je sestavení informační brožury pro vedoucí zdravotnické pracovníky - vrchní sestry, staniční sestry. Brožura je zaměřena na prevenci problematiky psychických zátěžových situací. Pro lepší zhodnocení jednotlivých nejčastějších zátěžových situací jsem vycházela z otázky č. 7. V této otázce jsem zjišťovala, s jakými psychickými zátěžovými situacemi se respondenti nejčastěji setkávají na svém pracovišti.

Mezi nejčastější odpovědi patří:

- moc administrativní práce
- nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- chronicky nemocný klient
- přesná rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti (sledování stavu klientů, přístrojů)
- akutní případy, kdy dochází k ohrožení života
- komunikace s agresivním, dementním klientem
- spěch a rychlost na pracovišti
- úmrtí klienta/ky
- neustálé telefonování
- trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou)

(brožura pro vedoucí pracovníky viz. příloha IX.)

Na základě dalších zjištěných výsledků a hypotéz bych navrhla následující opatření:

- zajistit sestřám dostatek pomůcek a vhodných léčivých prostředků a přípravků, které zmírní bolesti klientů.
- sestry by si měly vyčlenit odpoledne nějaký čas, při kterém by si mohly popovídat s klienty a psychicky je podpořit.
- sestry by měly mít možnost navštívit nemocničního psychologa. Volila bych diskrétní formu návštěvy.

- dobré by bylo zavedení častých a pravidelných porad, kde by se řešily pracovní problémy sester, sestry by si mohly navzájem předat svoje zkušenosti, postřehy.
- zavést pro sestry pár přednášek o správné komunikaci s klienty. Aby sestry měly dostatečnou motivaci přednášky navštívit, mohly by být ohodnoceny kredity.
- pro zlepšení přesné a rychlé práce bych navrhla dostatek pomůcek, které mohou sestřím práci ulehčit. Více personálu, který je možné zajistit podle nemocnice, zařízení oddělení a finančních možností. Vzájemnou spolupráci s nižším zdravotnickým personálem.
- pro lepší organizaci práce jasně stanovit, co kdo má dělat. Všichni by měli znát harmonogram práce a jeho návaznost na sebe.
- nadřízenými pracovníky, vrchními a staničními sestrami by měly být sestry s dostatečnou pracovní zkušeností a sestry, které se pro vedoucí funkce hodí. Tito vedoucí pracovníci by měli hájit své podřízené, zabývat se jejich potřebami a řešit jejich stížnosti a problémy.
- lepší a prostornější denní místnosti pro sestry, kde by sestry měly zajištěno dostatečné soukromí a klid na pauzu. Zavedla bych podle možností nemocnice a finančních prostředků barely s pitnou vodou. Dále možnost využití obědů z nemocniční kuchyně.
- obsazování do služeb podle možností personálu, pokud možno, aby sestry neměly přesčasové hodiny.
- nemocnice by mohly dát podle svých finančních možností odměny svým zaměstnancům. Do těchto odměn by mohl spadat příspěvek na rodinné dovolené a další příspěvky na masáže, do relaxačního centra, lístky do divadla, na společenské akce.
- nemocnice by měly dle svých finančních možností pracovníky finančně dobře ohodnotit. Pokud pracovníci pracují dobře a snaží se, měli by jim být dány pravidelné odměny za jejich práci. Tyto odměny by je mohly pozitivně motivovat. Příspěvky na dovolené a na Vánoce.
- pro prevenci předcházení psychických zátěžových situacích by se měli na jednotlivých odděleních pořádat společné schůze, kde by se řešily jednotlivé problémy personálu. Pro lepší stmelení pracovního kolektivu a pro lepší vztahy v něm by bylo vhodné pořádat pravidelné společenské akce, sportovní akce, společné pracovní večírky.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala prevencí psychických zátěžových situacích na jednotlivých odděleních. Teoretická část seznamuje s jednotlivými zátěžemi a s jejich podrobnějším rozdělením. Dále teoretická část popisuje jednotlivé druhy psychických zátěžových situací a seznamuje s možnostmi různých preventivních opatření.

V praktické části jsem se zaměřila na zjišťování zátěžových situacích na jednotlivých odděleních. Pro svůj výzkum jsem volila metodu dotazníkového šetření, které jsem zpracovávala z interního standardního oddělení, z chirurgického standardního oddělení, z oddělení LDN a geriatricie a z ambulancí. Pro lepší zhodnocení získaných výsledků jsem si stanovila jednotlivé cíle a hypotézy. Získané hypotézy jsem vyhodnocovala pomocí metody Chí-kvadrát.

Jako výstup mé bakalářské práce jsem vytvořila brožuru, která je určená pro vedoucí pracovníky, vrchní sestry, staniční sestry jednotlivých oddělení. Brožura je zaměřena na prevenci nejčastějších psychických zátěžových situací.

Z jednotlivých výsledků z dotazníkové šetření jsem zjistila, že sestry se každou směnu setkávají na svých odděleních s psychickými zátěžovými situacemi. Za největší psychickou zátěžovou situaci ve vztahu sestry a klienti respondenti považují trpící klienty (bolestí, smutkem, samotou). Jako největší psychickou zátěž ve vztahu sestry, spolupracovníci a pracovní prostředí se celkově respondenti z různých oddělení shodli na odpovědi, že největší problém vidí v nedostatečné komunikaci, a to hlavně mezi personálem a lékaři. Největší psychickou zátěžovou situaci vztahující se k soukromí a způsobu života sester lze celkově těžko zhodnotit. Protože jednotlivé odpovědi se značně podobají, nelze jednoznačně určit, jaká odpověď se dá označit za nejvíce psychicky zátěžovou. Myslím si, že odpovědi jsou značně subjektivní a záleží na individualitě každého respondenta. V otázkách týkající se prevence zátěžových situací jsem zjišťovala, jak předchází respondenti zátěžovým situacím. Po celkovém vyhodnocení odpovědí z jednotlivých oddělení byly tyto odpovědi podobné. Nejvíce se zde opakovaly odpovědi, kdy respondenti uvedli jako prevenci pravidelný kontakt s rodinou, ke kterému patří i kontakt s přáteli. Další preventivní opatření, které respondenti provádějí, je poslech muziky, chození do společnosti a na procházky. Myslím si, že lze zhodnotit, že pravidelný kontakt s rodinou a přáteli je pro sestry důležitý. Asi jen jedna třetina respondentů ze 160 si myslí, že to,

co dělá proti prevenci psychických zátěžových situací, je dostačující. Jako nejlepší prevenci psychických zátěžových situací respondenti po celkovém sečtení vidí v lepším finančním ohodnocení a dobrém kolektivu. Ne na všech pracovištích se dělají preventivní opatření proti zátěžovým situacím. Toto potvrzuje i jedna otázka z dotazníku, kdy 90 respondentů (tj. 56,25 %) odpovědělo, že se u nich dělají preventivní opatření proti zátěžovým situacím a 70 respondentů (tj. 43,75 %) odpovědělo, že se nedělají. Nejčastější preventivní opatření, která se dělají na jednotlivých pracovištích, je pořádání společných večírků. Psychologa v souvislosti s psychickými zátěžovými situacemi navštívilo 11 respondentů (tj. 6,87 %). Nejvíce respondentů, kteří navštívili psychologa, je z LDN a geriatric. Domnívám se, že je to z toho důvodu, že toto oddělení vnímají jako zátěžové, nejčastěji se zde setkávají se smrtí a s chronickými klienty. O problematiku prevence psychických zátěžových situací se zajímalo 37 respondentů (tj. 23,13 %). Tito respondenti nejčastěji navštěvují semináře, jak vyplynulo z odpovědí v dotazníku. Myslím si, že je to hlavně z toho důvodu, že se sestry musejí neustále vzdělávat, navštěvovat semináře a sbírat kredity. Myslím si, že kdyby zde nebyl zaveden kreditní systém, tak účast na seminářích by nebyla tak vysoká. Ale domnívala jsem se, že se touto problematikou bude zajímat více sester, problém bude asi hlavně ve finanční stránce (placení seminářů).

Z vysbíraných dotazníků je prokazatelné, že jejich návratnost není 100 %. Myslím si, že tato situace je ovlivněna tím, že jsou sestry zatíženy jednotlivými dotazníky od studentů, a proto už nemají správnou motivaci a dostatek času pro jejich vyplnění. Další problém v nedostatečné návratnosti byl v horší komunikaci mezi jednotlivými pracovníky. Cíle, které jsem si stanovila pro praktickou část jsem splnila. Pomocí metody Chí-kvadrát se mi celkově potvrdily tři hypotézy nulové a jedna hypotéza alternativní.

V závěru bych chtěla poukázat, že se sestry často setkávají s psychickými zátěžovými situacemi. Určitá prevence se na jednotlivých odděleních provádí, ale podle výzkumů není dostačující. Chybí zde dostatečná a vhodná komunikace mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu. Vedoucí pracovníci by měli být svým podřízeným oporou a pomocníky při řešení zjištěných problémů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**Monografie:**

- [1] MCGILVERYOVÁ, C., REEDOVÁ, J. *Masáže krok za krokem: praktický průvodce po masážních technikách pro zdraví, relaxaci a vitalitu*. 1. vydání. Praha: Svojtka & Co, 2008. 95s. ISBN 978-80-256-0147-1
- [2] VACINOVÁ, M., TRPIŠOVSKÁ, D., FARKOVÁ, M. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 189s. ISBN 978-80-86723-47-1
- [3] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. 872s. ISBN 978-80-7367-414-4
- [4] KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 352s. ISBN 978-80-247-1830-9
- [5] KASSIN, S. *Psychologie*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2007. 771s. ISBN 978-80-251-1716-3
- [6] KRÁTKÁ, A. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. 33s. ISBN 978-80-7318-543-5
- [7] PARKES, C., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, o. s., 2007. 184s. ISBN 978-80-87029-23-7

- [8] SCHAEFOVÁ, M. *Reflexní masáže: Body na nohou a na ruku*. 1. vydání. Praha: Pavel Dobrovský - BETA a Jiří Ševčík, 2007. 94s. ISBN 978-80-7306-281-1 Dobrovský ISBN 978-80-7291-165-3 Ševčík
- [9] VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 256s. ISBN 978-80-247-1819-4
- [10] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5
- [11] ZELEINOVÁ, J. *Muzikoterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 256s. ISBN 978-80-7367-9
- [12] BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2006. 86s. ISBN 80-7013-439-9
- [13] JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32s. ISBN 80-86991-74-1
- [14] JOHN, F., PETERS-KUHLINGER, G. *Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 112s. ISBN 80-247-1517-1
- [15] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
- [16] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání Brno: 2005. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 146s. ISBN: 80-7013-416X

- [17] BENSON, N., VAN LOON, B. *Seznamte se ...Psychoterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 176s. ISBN 80-7367-005-4
- [18] KOLEKTIV AUTORŮ ÚSTAVU TEORIE A PRAXE OŠETŘOVATELSTVÍ. *Základy ošetřování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 145s. ISBN 80-246-0845-6
- [19] MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 156s. ISBN 80-247-1024-2
- [20] BLÁHA, K., et al. *České ošetřovatelství 13: Sestra a pacient. Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2004. 67s. ISBN 80-7013-388-0
- [21] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vydání. Brno: NCONZO, 2004. 173s. ISBN 80-7013-386-4
- [22] KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5
- [23] MALCOLMOVÁ, L. *Jak žít zdravě a bez stresu*. 1. vydání. Bratislava: PERFEKT, 2003. 164s. ISBN 80-8046-239-9
- [24] MŮLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2003. 99s. ISBN 80-7254-421-7
- [25] SVOBODA, M. *Metody sugestivní, hypnotické, a imaginativní psychoterapie*. 3. vydání. Brno: Masarykova univerzita - Psychologický ústav Filozofické fakulty, 2003. 69s. ISBN 80-210-3095-X

- [26] ZEBROFFOVÁ, K. *Jóga pro každého: průvodce technikami a tréninkovým programem*. 1. vydání. Praha - Plzeň: Pavel Dobrovský - BETA a Jiří Ševčík, 2003. 142s. ISBN 80-7306-070-1 (Beta - Pavel Dobrovský), ISBN 80-7291-076-0 (Jiří Ševčík)
- [27] FRIEDRICH, V. *Statistika I Vysokoškolská učebnice pro distanční studium* 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2002. 398s. ISBN 80-7082-913-3
- [28] JOBÁNKOVÁ, M., et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 225s. ISBN 80-7013-365-1
- [29] STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 11: Sestra-reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78s. ISBN 80-7013-368-6
- [30] ŠPIČKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 176s. ISBN 80-7178-616-0
- [31] CUNGI, CH. *Jak zvládat stres: Metody a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 208s. ISBN 80-7178-465-6
- [32] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2001. 279s. ISBN 80-7178-774-4
- [33] CHRÁSTKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: 1993. Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. ISBN: 80-7067-287-0
- [34] STEJSKAL, M. *Moudrost starých Římanů*. 1. vydání. Praha: Odeon, 1990. 238s. ISBN: 80-207-0096-X

Bakalářské práce:

- [35] VLKOVÁ, J. *Psychické a fyzické zátěže sester pracujících s geriatrickými pacienty*. Brno, 2007. 66s. Bakalářská práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně na katedře ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Marie Macková.
- [36] GUČKOVÁ, M. *Fyzické a psychické zátěže sester na neurologii*. Brno, 2006. 69s. Bakalářská práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně na katedře ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Zdeňka Židková.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACTH	Adenokortikotropní hormon
ambul.	ambulance
a.s.	akciová společnost
et al.	a jiní
FN	Fakultní nemocnice
f	stupeň volnosti
Ger.	Geriatric
g	gram
HDL	High density lipoproteins (druh cholesterolu)
kg	kilogram
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
např.	například
obj.	objednání
"O"	očekávaná četnost
P	pozorovaná četnost
r	počet řádků
s	počet sloupců
Tab.	tabulka
tj.	to je
tzv.	takzvaný
viz.	vidět více
x^2	chí-kvadrát
%	procento

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví respondentů	79
Graf 2. Věk respondentů	80
Graf 3. Vzdělávání respondentů	82
Graf 4. Respondenti	84
Graf 5. Míra psychických zátěžových situací na pracovištích	86
Graf 6. Četnost psychických zátěžových situací na pracovištích	88
Graf 7. Zvládání psychických zátěžových situací na pracovištích	90
Graf 8. Nejčastější psychické zátěže na interně	95
Graf 9. Nejčastější psychické zátěže na chirurgii	97
Graf 10. Nejčastější psychické zátěže na LDN, Geriatrii	99
Graf 11. Nejčastější psychické zátěže na ambulanci	101
Graf 12. Míra psychických zátěží ve vztahu ke klientovi	107
Graf 13. Míra psychických zátěží ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí	109
Graf 14. Míra psychických zátěží sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života.....	111
Graf 15. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestra a klient	115
Graf 16. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí na interně a chirurgii	118
Graf 17. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí na LDN, geriatrii, ambulanci.....	119
Graf 18. Nejvíce zátěžové situace sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života	121
Graf 19. Předcházení zátěžovým situací.....	127
Graf 20. Dostatečnost prevence	129

Graf 21. Prevence zátěžových situací na interně a chirurgii	132
Graf 22. Prevence zátěžových situací na LDN, geriatrii a na ambulanci	132
Graf 23a. Preventivní opatření na pracovištích	135
Graf 23b. Druhy preventivních opatření na pracovištích	135
Graf 24. Návštěva psychologa	137
Graf 25. Zájem o problematiku zátěžových situací	140

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Kritická hodnota testovaného kritéria χ^2	78
Tab. 2. Pohlaví respondentů	79
Tab. 3. Věk respondentů	80
Tab. 4. Vzdělání respondentů	82
Tab. 5. Místo pracoviště	84
Tab. 6. Míra psychických zátěžových situací na pracovištích.....	85
Tab. 7. Tabulka očekávaných četností "O" týkajících se míry psychických zátěžových situací na pracovištích.....	86
Tab. 8. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkajících se míry psychických zátěžových situací na pracovištích.....	86
Tab. 9. Četnost psychických zátěžových situací na pracovištích	88
Tab. 10. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se četnosti psychických zátěžových situací na pracovištích.....	89
Tab. 11. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se četnosti psychických zátěžových situací na pracovištích	89
Tab. 12. Zvládání psychických zátěžových situací na pracovištích.....	90
Tab. 13. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se zvládání psychických zátěžových situací na pracovištích.....	91
Tab. 14. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se zvládání psychických zátěžových situací na pracovištích	91
Tab. 15. Nejčastější psychické zátěže na interně.....	94
Tab. 16. Nejčastější psychické zátěže na chirurgii.....	96
Tab. 17. Nejčastější psychické zátěže na LDN, geriatrici.....	98
Tab. 18. Nejčastější psychické zátěže na ambulanci.....	100
Tab. 19. Míra psychických zátěží ve vztahu ke klientovi.....	106

Tab. 20. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k míře psychických zátěží ve vztahu ke klientovi.....	107
Tab. 21. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k míře psychických zátěží ve vztahu ke klientovi	108
Tab. 22. Míra psychických zátěží ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí	109
Tab. 23. Tabulka očekávaných četností "O" vyjadřující míru psychických zátěží ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí.....	110
Tab. 24. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vyjadřující míru psychických zátěží ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí	110
Tab. 25. Míra psychických zátěží sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života.....	111
Tab. 26. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se míry psychických zátěží sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života.....	112
Tab. 27. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se míry psychických zátěží sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života	112
Tab. 28. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestra a klient.....	114
Tab. 29. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se nejvíce zátěžových situací ve vztahu sestra a klient.....	115
Tab. 30. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se nejvíce zátěžových situací ve vztahu sestra a klient	115
Tab. 31. Nejvíce zátěžové situace ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí.....	118
Tab. 32. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k nejvíce zátěžovým situacím ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí	119
Tab. 33. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k nejvíce zátěžovým situacím ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí	120
Tab. 34. Nejvíce zátěžové situace sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života.....	121

Tab. 35. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se nejvíce zátěžových situací sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života.....	122
Tab. 36. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se nejvíce zátěžových situací sester ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života	122
Tab. 37. Předcházení zátěžovým situacím.....	124
Tab. 38. Tabulka k odpovědi „ mám své zájmy“ na interně	125
Tab. 39. Tabulka k odpovědi „jiné“ na interně	125
Tab. 40. Tabulka k odpovědi „ mám své zájmy“ na chirurgii	125
Tab. 41. Tabulka k odpovědi „ mám své zájmy“ na LDN, geriatrii	125
Tab. 42. Tabulka k odpovědi „jiné“ na LDN, geriatrii	126
Tab. 43. Tabulka k odpovědi „ mám své zájmy“ na ambulancích	126
Tab. 44. Tabulka k odpovědi „jiné“ na ambulancích	126
Tab. 45. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k předcházení zátěžovým situacím	127
Tab. 46. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k předcházení zátěžovým situacím	128
Tab. 47. Dostatečnost prevence.....	129
Tab. 48. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se dostatečnosti prevence.....	130
Tab. 49. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se dostatečnosti prevence.....	130
Tab. 50. Prevence zátěžových situací.....	131
Tab. 51. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k prevenci zátěžových situací.....	133
Tab. 52. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k prevenci zátěžových situací	133
Tab. 53. Preventivní opatření na pracovištích.....	134
Tab. 54. Druhy preventivních opatření na pracovištích.....	134

Tab. 55. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se preventivních opatření na pracovištích.....	136
Tab. 56. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ týkající se preventivních opatření na pracovištích	136
Tab. 57. Návštěva psychologa.....	137
Tab. 58. Tabulka očekávaných četností "O" vztahující se k návštěvě psychologa	138
Tab. 59. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vztahující se k návštěvě psychologa	138
Tab. 60. Zájem o problematiku zátěžových situací.....	139
Tab. 61. Tabulka k odpovědi „ano, zajímám se“ z interny	139
Tab. 62. Tabulka k odpovědi „ano, zajímám se“ z chirurgie	139
Tab. 63. Tabulka k odpovědi „ano, zajímám se“ z LDN, geriatric	139
Tab. 64. Tabulka k odpovědi „ano, zajímám se“ z ambulancí.....	140
Tab. 65. Tabulka očekávaných četností "O" vyjadřující zájem o problematiku zátěžových situací	140
Tab. 66. Tabulka dle vzorce $(P-O)^2 / O$ vyjadřující zájem o problematiku zátěžových situací	140

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Dotazník

PŘÍLOHA P II: Etický kodex práv pacientů

PŘÍLOHA P III: Morální kodex sestry

PŘÍLOHA P IV: Akupresura, akupresurní body

PŘÍLOHA P V: Automasáž

PŘÍLOHA P VI: Reflexní masáž

PŘÍLOHA P VII: Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve FN Brno Bohunice

PŘÍLOHA P VIII: Žádost o umožnění dotazníkového šetření v KNTB, a.s.

PŘÍLOHA P IX: Brožura pro vedoucí pracovníky

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Na téma: Prevence psychických zátěžových situací sester v KNTB Zlín,

FN Brno

Dobrý den, jmenuji se Veronika Klimešová, jsem studentkou 3.ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v oboru všeobecná sestra. V rámci své závěrečné bakalářské práce jsem si pro Vás připravila dotazník na výše uvedené téma. Žádám Vás o vyplnění dotazníku a zároveň Vás ujišťuji, že informace uvedené v dotazníku jsou pouze pro studijní účely. Dotazník je čistě anonymní a dobrovolný.

Dotazník, prosím vyplňujte, výběrem jedné odpovědi z nabídnutých možností tímto způsobem . Pouze tam, kde je v závorce uvedeno více možností, můžete vybrat více odpovědí. Předem Vám děkuji za ochotu si udělat čas na dotazník a jeho vyplnění i uvedení pravdivých údajů.

1. Jste:

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- 20 a méně
- 21 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 a více

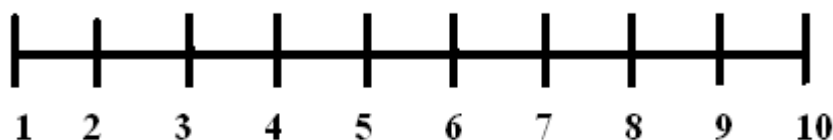
3. Vaše dosažené vzdělání je:

- střední zdravotnická škola
- vyšší zdravotnická škola
- vysoká škola - bakalářské studium
- vysoká škola - magisterské studium
- vysoká škola - doktorandské studium

4. Na kterém oddělení pracujete?

- na ambulanci
- v léčebně dlouhodobě nemocných
- na standardní oddělení (uveďte prosím kde):

5. Na stupnici od 1 do 10 zakreslete míru psychických zátěžových situací na vašem pracovišti. (Kdy 1 je nejnižší, 10 je nejvyšší míra psychických zátěžových situací.)



6. Jak často se setkáváte s psychickými zátěžovými situacemi na svém pracovišti?

- každou směnu
- 1x až 2x za týden
- 1x až 2x za měsíc
- 1x až 2x za rok
- nikdy
- jiné

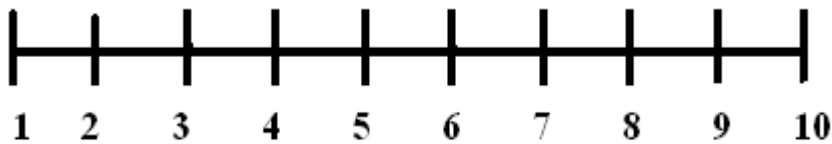
7. S jakými psychickými zátěžemi se setkáváte nejčastěji na svém pracovišti?

(Vyberte prosím pět nejčastějších a označte je od 1 do 5 na řádek za nabídnutou možností, kdy 1 je zátěž, se kterou se nejčastěji setkáváte.)

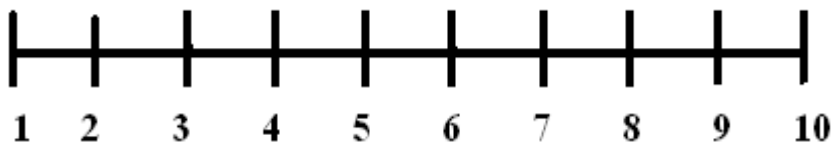
- úmrtí klientky
- chronicky nemocný klient
- přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti
(sledování stavu klientů, přístrojů)
- samostatné rozhodování
- nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou)
- moc administrativní práce
- akutní případy, kdy dochází k ohrožení života
- neustálé telefonování
- neustálé zařizování a domlouvání úkonů
(domlouvání vyšetření, objednávání sanitek)
- nedostatek materiálů, pomůcek

- komunikace s agresivním, dementním klientem
- komunikace s příbuznými klientů, co zemřeli nebo jsou ve vážném stavu
- nároky na neustálé učení a vzdělávání se
- spěch a rychlost na pracovišti
- práce s nebezpečnými látkami (cytostatiky, desinfekce)
- přesčasová práce
- málo personálu
- nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim
- směnnost oddělení
- přeplněné čekárny
- netrpěliví klienti
- málo volného času
- nedostatečný kontakt s rodinou a málo času na děti
- žádnou psychickou zátěž nemám
- jiné.....

8. Na stupnici od 1 do 10 zakreslete jak jste schopni zvládat psychické zátěžové situace na vašem pracovišti. (Kdy 1 je nejlepší zvládnání, 10 je nejhorší zvládnání.)



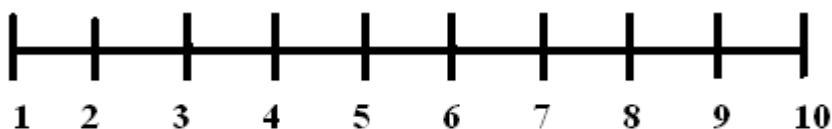
9. Na stupnici od 1 do 10 zakreslete jak hodnotíte míru psychické zátěže ve vztahu ke klientovi na svém pracovišti. (Kdy 1 je nejnižší zátěž, 10 nejvyšší zátěž.)



10. Kterou psychickou situaci ve vztahu sestra a klient považujete za nejvíce zátěžovou? (Vyberte prosím jen jednu odpověď.)

- úmrtí klienta/ky
- chronicky nemocný klient
- trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou)
- akutní případy, kdy dochází k ohrožení života
- komunikace s agresivním, dementním klientem
- netrpěliví klienti
- žádnou z výše uvedených
- jiné.....

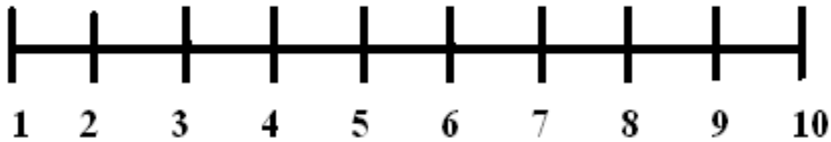
11. Na stupnici od 1 do 10 zakreslete jak hodnotíte míru psychické zátěže ve vztahu sestra spolupracovníci a pracovní prostředí. (Kdy 1 je nejnižší zátěž, 10 nejvyšší zátěž.)



12. Kterou psychickou situaci ve vztahu sestra, spolupracovníci a pracovní prostředí považujete za nejvíce zátěžovou? (Vyberte prosím jen jednu odpověď.)

- přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti (sledování stavu pacientů, přístrojů)
- samostatné rozhodování
- nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři
- moc administrativní práce
- neustálé telefonování
- neustálé zařizování a domlouvání úkonů (domlouvání vyšetření, objednávání sanitek)
- řešení neočekávaných problémů
- konfliktní situace s nadřízeným
- nedostatek informací o dění na pracovišti a organizaci
- nedostatek materiálu, pomůcek
- přesčasová práce
- málo personálu
- směnnost oddělení
- přeplněné čekárny
- netrpěliví klienti
- žádnou z výše uvedených
- jiné.....

13. Na stupnici od 1 do 10 zakreslete jak hodnotíte míru psychické zátěže sestry ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života. (Kdy 1 je nejnižší zátěž, 10 nejvyšší zátěž.)



14. Kterou psychickou situací ve vztahu ke svému soukromí a způsobu života považujete za nejvíce zátěžovou? (Vyberte prosím jen jednu odpověď.)

- nároky na neustálé učení a vzdělávání se
- nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim
- směnnost oddělení
- málo volného času
- nedostatečný kontakt s rodinou a málo času na děti
- žádnou z výše uvedených
- jiné.....

15. Jak předcházíte zátěžovým situacím? (Možnost vybrat více odpovědí.)

- rekreačně sportuji
- pravidelně sportuji
- chodím na procházky
- poslouchám muziku
- chodím do společnosti
- mám své zájmy - napište prosím jaké:
- chodím na masáže
- relaxuji
- mám pravidelný kontakt s rodinou a přáteli
- čtu časopisy, knihy
- jiné.....

16. Myslíte si, že to co děláte pro prevenci zátěžových situací, je dostačující?

- ano
- ne
- nevím

17. Jaká si myslíte, že je na pracovišti nejúčinnější prevence proti zátěžovým situacím. (Možnost zatrhnout více odpovědí.)

- dobrý kolektiv
- rozdělení práce
- lepší finanční ohodnocení
- žádná přesčasová práce
- pravidelná změna pracoviště
- dobré vedení a dobrý nadřízený
- uznání a pochvala od nadřízeného a kolegů
- dobré sociální zázemí na pracovišti
- nevím
- jiná.....

18. a) Dělalí se na vašem pracovišti nějaká preventivní opatření proti zátěžovým situacím?

- ano
- ne

b) Pokud ano, jaká?

- pořádáme společné večírky
- chodíme na semináře a na školení
- pořádáme společné sportovní akce
- máme pravidelné porady, kde řešíme problémy
- nemíváme přesčasy
- je nás personálně dost
- jiné.....

19. Navštívil/a jste někdy psychologa, když jste se dostal/a do kontaktu se zátěžovou situací?

- ano
- ne

20. Zajímal/a jste se o problematiku prevence zátěžových situací nějak blíže?

- ano, (napište prosím jak).....
- ne, nezajímal/a

Je něco, co byste v tomto dotazníku doplnil/a? Máte nějaké připomínky?

.....

.....

.....

.....

Děkuji, že jste si našel/a čas na vyplnění dotazníku.

PŘÍLOHA P II: ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ

- „1. Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.*
- 2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či přáteli.*
- 3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zaslíbeně rozhodnout, zda s tím souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.*
- 4. Pacient má v rozsahu, které povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.*
- 5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba je věcí důvěrnou a musí být prováděna diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě zúčastněny musí odsouhlasit nemocný a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nevybral.*
- 6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případě počítačového zpracování.*
- 7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom*

existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

- 8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jakým bude lékař postupovat a jak bude pokračovat v další péči.*
- 9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení netraumatického výzkumu, stejně tak terapeutického. Pacient může kdykoliv a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.*
- 10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.*
- 11. Pacient má právo o povinnostech znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placet.“*

Převzato z: ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vydání. Brno: NCONZO, 2004. 167s. ISBN 80-7013-386-4

PŘÍLOHA P III: MORÁLNÍ KODEX SESTRY

„Etická pravidla zdravotní péče

Hlavní oblasti zdravotní péče:

- *pečovat o zdraví,*
- *předcházet nemocem,*
- *zlepšovat zdravotní stav,*
- *tišit bolest,*
- *napomáhat ke smysluplnému životu ve zdraví i v nemoci.*

Potřeba zdravotní péče je všeobecná, vychází z úcty k životu, respektuje důstojnost a lidská práva každého jedince bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení. V péči o jednotlivce i společnost sestra spolupracuje s jinými odborníky.

Sestra a spoluobčan

Sestra má v první řadě odpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Tuto péči poskytuje s ohledem na individualitu člověka, respektuje víru jednotlivce, jeho hodnotový systém a zvyklosti.

Veškeré informace o osobních poměrech klienta a jeho prostředí chrání jako důvěrné, hájí pacientovo právo na soukromí a svědomitě hodnotí, komu může tyto informace předat.

Chrání pacienta i veřejnost v případě, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněným, neetickým nebo protiprávním základem jiné osoby.

Sestra a péče v praxi

Sestra je osobně odpovědná za udržování způsobilosti pro výkon svého povolání cestou neustálého vzdělávání, obnovování svých odborných vědomostí i dovedností.

Sestra usiluje o udržení ošetrovatelského standardu na co nejvyšší úrovni v každé situaci.

Sestra hodnotí svou kvalifikaci a praktické možnosti, když přijímá odpovědnost za určitý úkol. Stejně postupuje při předávání úkolu jiným.

Sestra svým jednáním a chováním přispívá k dobré pověsti a zvyšování společenské prestiže profese.

Sestra a společnost

Sestra je spoluodpovědná za úroveň zdravotního uvědomění spoluobčanů, podílí se na zdravotním a sociálním zabezpečení obyvatelstva. Iniciativně se podílí na aktivitách, které k tomuto zabezpečení směřují.

Sestra a spoluzaměstnanci

Sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce v rámci své profese, s ostatními zdravotníky i s jinými profesními kategoriemi. Sestra aktivně zasahuje aby chránila jednotlivce, je-li ohrožen nevhodným chováním a péčí jiného zdravotníka či občana.

Sestra a povolání

Sestra je odpovědná za realizaci ošetrovatelské péče na vysoké úrovni a upřesňování obsahu zdravotní péče.

Sestra usiluje prostřednictvím profesních, odborových a jiných organizací o přiměřený plat a důstojné pracovní podmínky.“

Převzato z: ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vydání. Brno: NCONZO, 2004. 169s. ISBN 80-7013-386-4

PŘÍLOHA P IV: AKUPRESURA , AKUPRESURNÍ BODY

Jednotlivé akupresurní body

J 3 - bod na dráze jater - pomáhá zmírnit únavu a nachází se na nártu nohy, kde je uložen dva prsty od místa styku palce a druhého prstu.

MM 23 - bod na dráze močového měchýře - pomáhá proti bolestem v kříži, nachází se po obou stranách páteře, v úrovni pasu. Je uložen na dva prsty od páteře.

MM 47 - bod na dráze močového měchýře - pomáhá proti bolestem v kříži, nachází se po obou stranách páteře, v úrovni pasu. Je uložen na 4 prsty od páteře.

TS 4 - bod na dráze tlustého střeva - pomáhá od bolestí hlavy - bod se nachází na hřbetu ruky mezi palcem a ukazovákem.

PS 17 - bod se nachází na přední střední dráze - pomáhá proti úzkosti a rozmrzelosti - nachází se uprostřed hrudní kosti na tři šířky palce, která se počítá od dolního konce kosti.

OS 6 - bod na dráze obalu srdce - pomáhá proti stresu - nachází se na vnitřní straně předloktí mezi dvěma šlachami, na šířku 2 až 3 prstů od kožní vrásky na zápěstí.

Ž 36 - bod na dráze žaludku - pomáhá proti vyčerpanosti - nachází se 4 prsty pod kolenní čéškou směrem k vnější straně holenní kosti.

SS 6 - bod na dráze sleziny a slinivky, nachází se 3 prsty nad hlezenní kostí, vedle okraje kosti holenní.

Jak akupresuru provádět

Provádí se tlak pevně a rovnoměrně konečkem prstu. Správný tlak lze popsat jako tlak mezi bolestí a příjemným pocitem. Prst by měl být držen v kolmém úhlu a to po dobu 20 vteřin. Správné místo se pozná podle pocitu mravenčení tuhnutí oproti ostatnímu okolí. Tlak je potřeba na 10 vteřin přerušit a pak následuje další tlačení po dobu 20 vteřin. Opakovat v jedné sérii 6x a celkem opakovat série, dokud nedojte ke zmírnění bolesti. Nehty by měly být nakrátko ostříhané. V průběhu těhotenství nebo při závažném onemocnění by měla být vždy provedena porada s lékařem, zda lze tento postup vykonávat.

Převzato z: MALCOLMOVÁ, L. *Jak žít zdravě a bez stresu*. 1. vydání. Bratislava: PERFEKT, 2003. 46s. ISBN 80-8046-239-9

PŘÍLOHA P V: AUTOMASÁŽ

Druhy automasáže

Automasáž ramene - pokrčenou jednou rukou uchopíme druhé rameno. Svaly, které jsou na zadní straně ramene, se masírují hlubokým tlakem a krouživými pohyby pomocí konečku prstů. Postup by měl být pomalý a to ve směru od ramene k paži. Soustředění by mělo být na místa, kde jsou cítit uzlíky. Vše tohle by se mělo opakovat i na druhé straně.

Automasáž krku - pokrčenou paži položíme na druhou stranu krku, zezadu. Na svaly v této oblasti se vyvíjí krouživý tlak pomocí konečků prstů. Začátek by měl být na oblasti krku a postupné směřování by mělo být ke spodině lebky a poté zpět dolů. To stejné by mělo být i na druhé straně.

Kroužení po čelisti - položíme ruce na čelistní svaly, zatlačíme konečky prstů a pomalu provádíme pohyby pomocí kruhů. Jednak ve směru hodinových ručiček a pak v protisměru.

Kroužení po spáncích - položíme konečky ukazováčku a prostředníčku na spánky, zatlačíme konečky prstů a pomalu provádíme pohyby pomocí kruhů. Jednak ve směru hodinových ručiček a pak v protisměru.

Převzato z: MALCOLMOVÁ, L. *Jak žít zdravě a bez stresu*. 1. vydání. Bratislava: PERFEKT, 2003. 78s. ISBN 80-8046-239-9

PŘÍLOHA P VI: REFLEXNÍ MASÁŽ

Reflexní masáž nohou

Dosažení správného výsledku lze popsat jako stav zklidnění, posílení vnitřní i vnější rovnováhy. Umožňuje nám pomoci ke vnímání země pod nohama. Reflexní zóny na chodidlech, jsou takové zóny, které odpovídají orgánům lidského těla, to je na noze pocíťováno jako mravenčení, pocit tepla. Doposud ještě není přesně prozkoumáno, jak přesně funguje masáž reflexních zón na noze. Lze ale podle všeho usoudit, že pomocí stimulace reflexních bodů na noze dochází ke stimulaci konkrétního orgánu.

Fitzgerald rozdělil lidské tělo na 2 x 5 vertikálních zón, které se nacházejí od hlavy až k prstům na nohou, kdy prostřední zóna platí pro pravou i levou polovinu těla. Dále tělo rozdělil na 3 zóny horizontální. Masáž nohou je mnohem intenzivnější než masáž rukou.

Kdy je vhodné masáž nohou aplikovat

Reflexní masáž nohou je vhodné aplikovat při bolestech, zažívacích obtížích, u poruch spánku, u sklonu mít zvýšený krevní tlak, při menstruačních obtížích a při rekonvalescenci.

Kdyby se neměla aplikovat reflexní masáž nohou

Reflexní masáž nohou by neměla probíhat při všech infekčních onemocnění a onemocnění, kdy jedinec trpí horečkou. Pokud má jedinec zvýšený sklon ke krvácení a k cévnímu onemocnění, nebo pokud trpí křečemi.

Osobní příprava a příprava prostředí k provádění masáže nohou

Na masáž je potřeba mít dostatek času, už kvůli tomu, aby mohl masér pozorovat svůj protějšek. Jinak žádná speciální příprava není potřebná. Prostředí, ve kterém masáž probíhá, by mělo být dostatečně tiché, teplé a bez rušivých vlivů okolí. Klient by měl ležet ve vhodné poloze na zádech, nebo může také sedět v polohovací židli.

Ten, kdo masáž provádí, by měl pohodlně sedět a měl by mít položené nohy na zemi. Ruce by měl mít masér volně položené na masírovanou nohu. Vždy by měl mít masér teplé ruce a nohy, pohodlné oblečení, neměly by být šperky a ani hodinky. Nehty by měly být krátce zastřižené.

Příprava klienta na reflexní masáž nohou

Dobrá je postupná příprava, která spočívá v teplé koupeli nohou klienta, tato koupel působí na tělo i duši. Pak následuje kontrola klienta, zda se mu dobře leží. Také klientovi můžeme nabídnout něco na podložení kolen, hlavně pokud má bolesti zad, také malý polštář, který je vložen pod bolavé místo pomůže.

Postup při reflexní masáži nohou

Reflexní masáž chodidla by měla začít reflexní masáží vnitřních stran chodidel. Dále pak masáží prstů a mezi prsty nohy. Pak by měla následovat masáž příčné klenby chodidla. Poté masáž hřbetu nohy, masáž chodidla, paty a vnitřního a vnějšího kotníku.

Příklady konkrétních masážních technik nohou

Protažení páteře

Obě nohy klienta by měly být uchopeny pod patami. Při výdechu klienta by měly být paty přichyceny silněji a měly by být taženy směrem k masírujícímu. Dochází tak k celému protažení páteře. Při nádechu nastává povolení a paty se vrátí do své původní výchozí polohy. Vše by se mělo opakovat 2x.

Masáž prováděná pomocí kotníků prstů

Jednou rukou by měla být uchopena noha na své vrchní části, druhá ruka by měla být sevřena v pěst. Pravá ruka je masírována levou rukou a levá ruka je masírována pravou rukou. Poté by měl být pohyb prováděn malými krouživými pohyby ve směru hodinových ručiček a to od prstů nohy dolů ke klenbě.

Reflexní masáž rukou

Podle zkušeností s touto masáží je prokázáno, že masáž rukou nemá stejnou intenzitu jako masáž nohou. Výhodou této masáže je její snadná dostupnost. Ruce se dělí úplně stejně jako nohy a to do dvou zón vertikálních a tří zón horizontálních. Masáže rukou se provádějí podobně, jako masáže nohou.

Příprava na reflexní masáž rukou

Klient při této masážní technice, může sedět na posteli, na lehátku nebo na stoličce. Klientova ruka může být položena na stehně maséra, pokud je to oběma dvěma stranám příjemné. Měla by zde být možnost masírovat zprava i zleva. Pokud jsou ruce klienta studené, je vhodné je zabalit do vlhkého ručníku.

Postup reflexní masáže rukou

Nejprve by měla být masáž rukou od špičky prstů po dlaně, dále pak masáž hřbetu ruky, masáž bříška palce a dlaně, dolní část k zápěstí a k zápěstním kostem, masáž by měla končit na hřbetu ruky.

Převzato z: SCHAEFOVÁ, M. *Reflexní masáže: Body na nohou a na rukou*. 1. vydání. Praha: Pavel Dobrovský - BETA a Jiří Ševčík, 2007. 94s. ISBN 978-80-7306-281-1
Dobrovský ISBN 978-80-7291-165-3 Ševčík

PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ VE FN BRNO BOHUNICE



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Pracoviště medicíny

dospělého věku

JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO

TEL.: 532 231 111

FAX: 543 211 185

Pracoviště

reprodukční medicíny

OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO

TEL.: 532 238 111

FAX: 541 213 225

Pracoviště

dětské medicíny

ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO

TEL.: 532 234 111

FAX: 532 234 438

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Klimešová Veronika

Datum narození: 14.8.1986 Telefon: 723 699 727 Email: Runacek@seznam.cz

Adresa (pro zaslání vyjádření): Na Kopci 635, Jedovnice 679 06

Škola/Fakulta: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií Obor studia: všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Prevence psychických zátěžových situací v profesi zdravotní sestry pracující na standardním oddělení a ambulantní sféře.

Požadavek (přesná specifikace): vyplnění dotazníků k bakalářské práci

Způsob provedení sběru dat: dotazníkové šetření

Termín sběru dat: od 24.11.2008 do 16. 1.2009

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: FN Nemocnice Bohunice, Jihlavská 20, Brno 625 00, (standardní chirurgické oddělení, standardní interní oddělení, ambulance, oddělení dlouhodobě nemocných)

Presentace dat: data budou zpracována v mé bakalářské práci a budou prezentována u obhajoby státní závěrečné zkoušky

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 12.11.2008

Podpis: Veronika Klimešová v.r.

Vyplňuje Fakultní nemocnice Brno

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu::

ANO

NE

Úhrada:

ANO

NE

Datum: 12/11/2008

Podpis a razítko

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - oddělení vzdělávání a péče o zaměstnance:

Zaevidováno na OVPZ dne: 14/11/08 pod číslem:

Částka k úhradě:

Zaplaceno dne: 14/11/08 Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20
625 00 Brno

Tel.: 532 231 111
Fax: 543 211 185
e-mail: fnbrno@fnbrno.cz

IČO: 652 697 05
DIČ: CZ 652 697 05
Bankovní spojení: 71234-621/0100

PŘÍLOHA P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V KNTB, a.s.

 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 Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Veronika Klimešová
Téma bakalářské práce	Prevence psychických zátěžových situací sester
Skupina respondentů	Všeobecné sestry na standardním oddělení a v ambulancích
Pracoviště	Krajská nemocnice T.Bati, a.s. Havlíčkovo nábřeží 600 762 75 Zlín


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14.11.2008

14.11.2008


.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Bc. M. Hejtmánková
nám. ošetrovatelské práce
Krajská nemocnice T. Bati a.s.
.....
Zlín


Razítko a podpis zástupce zařízení

Prevence psychických zátěžových situací sester

Tato brožura vznikla na podkladě vypracování mé bakalářské práce na téma prevence psychických zátěžových situací sester. Zabývala jsem se s jakými psychickými zátěžemi se sestry setkávají, co považují za největší psychickou zátěž a zda provádí preventivní opatření.

Podle odpovědí na otázky jsem sestavila tuto brožuru, která je určena pro vedoucí pracovníky, vrchní sestry, staniční sestry.

Zátěž	Doporučená prevence
Velké množství administrativní práce	<ul style="list-style-type: none"> - zjednodušení a minimalizace potřebné dokumentace - digitalizovat dokumentaci - pravidelné konzultace problematiky týkající se administrativy vedoucích pracovníků se sestrami

Zátěž	Doporučená prevence
Nedostatečná komunikace mezi personálem a lékaři	<ul style="list-style-type: none"> - zlepšit partnerské profesionální vztahy sester a lékařů založené na vzájemné důvěře a respektu k práci druhého - nekritizovat práci personálu veřejně, umět pochválit, poměr pochvaly a kritiky by měl činit 5:3 ^[1] - podporovat společenské vztahy zaměstnanců mimo pracoviště

Zátěž	Doporučená prevence
Chronicky nemocný klient	<ul style="list-style-type: none"> - proškolit personál v otázce specifické péče o chronicky nemocné klienty, včas rozpoznat patologické jevy chování personálu k těmto klientům - vedoucí pracovníci by mohli vypracovat ve spolupráci se svými zaměstnanci mapu péče pro chronicky nemocné klienty - zajistit chronicky nemocným klientům co největší soukromí a tolerovat návštěvy příbuzných kdykoliv během dne - zaměřit se na týmovou spolupráci a maximální předávání informací

Zátěž	Doporučená prevence
Přesná rychlá práce, zatížení pozorností, akutní případy při ohrožení života, spěch a rychlost na pracovišti	<ul style="list-style-type: none"> - zajistit co nejlepší a nejmodernější materiální a přístrojové vybavení, dostatek personálu a finanční prostředky na odměňování zaměstnanců - pořádat schůzky personálu a zjištěné problémy řešit s vedením nemocnice - efektivní plánování služeb s možností dostatečného odpočinku mezi jednotlivými službami - umožnit sestram další vzdělávání, případně uspořádat speciální kurzy přímo na pracovišti a informovat personál o možnosti návštěvy psychologa - zjistit, jaké situace vyvolávají největší spěch na pracovišti a zjištěné problémy řešit s vedením nemocnice

Zátěž	Doporučená prevence
Komunikace s agresivním a dementním klientem	<ul style="list-style-type: none"> - proškolit personál v otázce komunikace s agresivním a dementním klientem, připomenout nutnost trpělivosti a empatického přístupu ke klientům - zaměřit se i na dostatečnou ochranu svých podřízených před agresivním jednáním klientů, zajistit vhodné prostředky pro ochranu personálu

Zátěž	Doporučená prevence
Úmrtí klienta/ky	<ul style="list-style-type: none"> - zaměřit se na vzájemnou komunikaci mezi jednotlivými pracovníky v týmu, umožnit předávání zkušeností při práci s umírajícími klienty - informovat personál o možnosti návštěvy psychologa - umožnit svým zaměstnancům pravidelnou změnu pracovního místa, pokud pracují na oddělení, kde ke smrti často dochází - zajistit dostatek personálu a finanční prostředky na odměňování zaměstnanců

Zátěž	Doporučená prevence
Neustálé telefonování	<ul style="list-style-type: none"> - dle organizace provozu, zařízení a finančních možností zajistit na pracovišti telefonistku

Zátěž	Doporučená prevence
Trpící klienti	<ul style="list-style-type: none"> - proškolit personál v otázce specifické péče o trpící klienty, informovat o možnosti návštěvy psychologa - ve spolupráci s vedením nemocnice zajistit sestřám dostatek pomůcek a vhodných léčivých prostředků a přípravků, které zmírní bolesti klientů - zajistit trpícím klientům co největší soukromí a tolerovat návštěvy příbuzných kdykoliv během dne - zaměřit se na vzájemnou komunikaci mezi jednotlivými pracovníky v týmu, umožnit předávání zkušeností při práci

Další obecná navrhovaná opatření

- pro zlepšení přesné a rychlé práce zajistit dostatek pomůcek, které mohou sestřím práci ulehčit
- zajistit více personálu, vzájemnou spolupráci s nižším zdravotnickým personálem
- dodržovat přesné rozdělení práce, jasnou organizaci, seznámit všechny zaměstnance s harmonogramem práce a návazností jednotlivých úkonů na sebe
- nadřízenými pracovníky, vrchními a staničními sestrami by měly být sestry s dostatečnou pracovní zkušeností a sestry, které se pro vedoucí funkce hodí. Tito vedoucí pracovníci by měli hájit své podřízené, zabývat se jejich potřebami a řešit jejich stížnosti a problémy.
- lepší a prostornější denní místnosti pro sestry, kde by sestry měly zajištěny dostatečné soukromí a klid na pauzu. Zajistit barely s pitnou vodou, možnost využití obědů z nemocniční kuchyně.
- obsazování do služeb podle možností personálu, pokud možno aby sestry neměly přesčasové hodiny
- nemocnice by mohly dát podle svých finančních možností odměny svým zaměstnancům. Do těchto odměn by mohl spadat příspěvek na rodinné dovolené a další příspěvky na masáže, do relaxačního centra, lístky do divadla, na společenské akce.
- pro prevenci předcházení psychických zátěžových situací by se měly na jednotlivých odděleních pořádat společné schůze, kde by se řešily jednotlivé problémy personálu. Pro lepší stmelení pracovního kolektivu a pro lepší vztahy v něm by bylo vhodné pořádat pravidelné společenské akce, sportovní akce, společné pracovní večírky.

Použitá literatura:

Monografie:

1. BLÁHA,K., et al. *České ošetrovatelství13: Sestra a pacient. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2004. 67s. ISBN 80-7013-388-0

Foto: sedmikrásky, **autor:** Veronika Klimešová