

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: magisterský intenzivní péče (MIP)



Bc. Hana Svitáková

Psychická zátěž sester na odděleních intenzivní péče

(The Psychological Load of Intensive Care Nurses)

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Praha

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

Souhlasím - ~~Nesouhlasím~~*

V Praze, 12. 4. 2010

Hana Svitáková

* Nehodící se škrtněte

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat paní doktorce Aleně Mellanové za odborné vedení diplomové práce, cenné rady a trpělivý přístup. Mé poděkování patří také paní doktorce Kateřině Rusinové, která se zabývá etikou v intenzivní péči a poskytla mi podněty pro mou práci.

Identifikační záznam:

SVITÁKOVÁ, Hana. *Psychická zátěž sester na odděleních intenzivní péče [The Psychological Load of Intensive Care Nurses.]*. Praha, 2010. 78 stran, 5 příloh. Diplomová práce (NMgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, ÚTPO. Vedoucí závěrečné práce Mellanová, Alena.

Abstrakt

Povolání zdravotní sestry je jednou z velice náročných profesí, které jsou provázeny značnou psychickou a fyzickou zátěží. Zvláště náročná je pak práce sester na odděleních intenzivní péče. Je smutnou skutečností, že z přijatých pacientů na ARO umírá až 20 %. Vzhledem k velkému procentuálnímu zastoupení můžeme očekávat velký počet komplikací spojených s kritickým stavem pacienta, které působí stres jeho blízkým i ošetřujícímu personálu. Zejména sestry na odděleních intenzivní péče inklinují vzhledem k prognosticky nepříznivé skladbě hospitalizovaných pacientů k rozvoji psychického vyčerpání a syndromu vyhoření, což následně vede k nutnosti změnit pracoviště či povolání.

V rámci diplomové práce byl realizován kvantitativní výzkum formou dotazníku, který byl určen zdravotním sestřám na odděleních intenzivní péče. Z celkového počtu 257 rozdaných dotazníků se vrátilo 210 dotazníků (82 %), které bylo možné použít ke zpracování. Výzkum byl realizován v průběhu ledna a února roku 2010.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, praktické a teoretické. Cílem práce bylo zmapovat psychickou zátěž zdravotních sester na odděleních intenzivní péče. Cíl byl splněn. Bylo stanoveno pět hypotéz. Hypotéza č. 1 byla potvrzena. Hypotézy č. 2 až 5 potvrzeny v rámci provedeného výzkumu nebyly.

Výsledky výzkumu budou v případě zájmu poskytnuty jednotlivým nemocnicím a mohou tak sloužit k realizaci opatření, které sníží míru psychické zátěže sester na odděleních intenzivní péče.

Klíčová slova: intenzivní péče, psychická zátěž, syndrom vyhoření, umírání, komunikace, interpersonální vztahy, životní styl

Abstract

The profession of nurse is closely connected with very intensive psychical and physical load, especially in the intensive care units (ICU). The interesting, but very sad fact, is that the mortality in ICU units in Czech republic is about 20%. Dying of each patient is of course a very stressful situation for his relatives and also for attending doctors and nurses. These frequent stressful situations result often in psychical or physical burnout by nurses in ICU. The unpleasant consequence of burnout by nurses is very often the change of job.

The target of this thesis is to map the psychical load of nurses in ICU in czech hospitals. The target was met. The hypothesis number 1 was confirmed by the research. The hypothesis 2, 3, 4, 5 weren't confirmed. This diploma thesis has two main parts – teoretical and practical.

The practical part of this diploma thesis is the qualitative research, that was made by questionnaires, that were sent to nurses of ICU in czech hospitals. The total number of sent questionnaires was 257 – the number of answered and returned questionnaires was 210 (82%). These 210 questionnaires were used in this diploma thesis. This research was made in january and february in 2010.

The results of the research will be used in the future in czech hospitals in case of their concern. When practically used, the results of this thesis can lead to reduction of psychical and physical load of nurses in ICU.

Key words: intensive care, ICU, psychical load, burnout, lifestyle, interpersonal relationships, communication, dying

Obsah:

Úvod	3
1. Literární přehled zvolené tematiky	5
1.1 Profese zdravotní sestry	5
1.1.1 Osobnost zdravotní sestry	5
1.1.2 Intenzivní péče	7
1.1.3 Vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků na ARO/JIP	9
1.2 Psychická zátěž sester na ARO/JIP	11
1.2.1 Stres v profesi zdravotní sestry	11
1.2.2 Příčiny a projevy stresu provázející povolání sestry	13
1.2.3 Syndrom vyhoření	15
1.2.4 Životní styl jako prevence psychosomatického dopadu profese	17
1.3 Specifika komunikace na odděleních intenzivní péče	19
1.3.1 Komunikace ve zdravotnictví	20
1.3.2 Komunikace s pacientem v bezvědomí	21
1.3.3 Komunikace sestry s rodinou závažně nemocného pacienta/pozůstalými	23
1.3.4 Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta na ARO/JIP	27
1.4 Vztahy na pracovišti	29
1.4.1 Konflikty a vztahy na pracovišti	30
1.4.2 Vztah sestry k nadřízeným osobám	33
1.4.3 Vztah mezi sestrou a pacientem	35
2. Metodika	37
2.1 Cíl a hypotézy	37
2.2 Použité metody výzkumu	37
2.3 Organizace výzkumu	38
3. Výsledky	40
3.1 Základní charakteristiky zkoumaného souboru	40
3.2 Hlavní výsledky	43

4. Diskuse	61
5. Závěr	67
6. Seznam použité literatury	70
7. Přílohy	75

Úvod

Povolání zdravotní sestry je bez pochyby jednou z velice náročných profesí, které jsou provázeny značnou psychickou a fyzickou zátěží. Zvláště náročná je pak práce sester na odděleních intenzivní péče (IP), tedy na oborových jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO). Sestry se zde často setkávají s pacienty v kritickém stavu, u kterých mnohdy nevidí výsledky své péče, tedy zlepšení jejich zdravotního stavu. Ba naopak musejí být svědky toho, jak se stav pacienta i přes jejich sebevětší snahu zhoršuje. Je smutnou skutečností, že z přijatých pacientů na ARO umírá až 20 %. Vzhledem k tomu, že toto procentuální zastoupení je veliké, můžeme také očekávat velký počet komplikací spojených s kritickým stavem pacienta. Zejména se jedná o poruchu vědomí pacienta a s tím spojenou neschopnost jednání a komunikace s personálem i rodinou. Zároveň se často do kritického zdravotního stavu pacient dostává nečekaně bez předchozího vyjádření svých přání a názorů a rodinou pacienta je celá situace intenzivněji prožívána a způsobuje stres.

Sama pracuji na částečný úvazek na JIP a přesto, že má praxe není dlouhá, už nyní pociťuji jistou míru psychické i fyzické zátěže. Asi nejvíce si tyto dopady sesterského povolání uvědomuji v situaci, kdy pečuji o kriticky nemocného pacienta, který je v produktivním věku, u jeho lůžka stojí jeho partner s dětmi a lékař musí rodině sdělit nepříznivou prognózu týkající se jejich blízkého. Tehdy vyvstává hned několik aspektů směřujících k psychické zátěži sestry na odděleních intenzivní péče. Na jedné straně je to psychicky i fyzicky náročná ošetrovatelská péče o pacienta v závažném stavu či pacienta umírajícího. Na straně druhé je to nelehká a často obtížná komunikace s rodinou pacienta či pozůstalými. Práce sestry je naplňována značnou intenzitou emocí, které provázejí stresující a obtížně řešitelné situace. Roli v psychické zátěži sehrávají také interpersonální vztahy, organizace práce a případné konflikty na pracovišti. Příčina zátěže sester je tedy nepochybně multifaktoriální, nicméně některé ze složek budou jistě dominovat a u jednotlivých sester se shodovat.

V souvislosti s touto problematikou se můžeme zamyslet nad tím, zda sestry na

odděleních intenzivní péče při výkonu svého povolání pociťují psychickou zátěž a co je nejpodstatnějším aspektem směřujícím k pocitům psychické zátěže. Za úvahu stojí i schopnost sester řešit psychicky náročné situace v praxi. S tím souvisí i správný životní styl sester jako prevence psychosomatického dopadu zdravotnické profese na zdraví.

Zdravotnické povolání je posláním, pro které musí být sestra obdařena celou řadou schopností a dovedností, které je však nutné podporovat. Patří mezi ně mimo jiné schopnost vcítění se do pocitů druhé osoby (empatie), dar komunikace a psychické zdatnosti. Oblast komunikace, která sehrává v profesi sestry významnou roli, by neměla být opomíjena. Komunikace je spojnicí mezi spolupracovníky, sestrou a pacientem i rodinou pacienta. Z dobré komunikace mohou profitovat všechny zúčastněné strany ve zdravotnictví, naopak špatná komunikace přispívá ke konfliktům, neinformovanosti a nedosažení vytyčených cílů. Určitá dispozice pro kvalitu komunikace je člověku přirozeně dána, avšak správné komunikaci se můžeme z velké části také naučit. K tomuto účelu slouží kurzy komunikace, které by sestry, stejně jako další možnosti vzdělávání, měly využívat.

Domnívám se, že téma mé diplomové práce „Psychická zátěž sester na odděleních intenzivní péče“ je tématem aktuálním. Zdůraznění této problematiky, označení psychicky náročných momentů ve výkonu profese sestry a zároveň vyvození nezbytných opatření pro podporu psychické zdatnosti sestry jsou nedílnou součástí zvyšování prestiže sesterského povolání a oboru intenzivní péče. Z uvedených zkušeností vyplynul i hlavní cíl práce: Zmapovat problematiku psychické zátěže sester na odděleních intenzivní péče.

1. Literární přehled zvolené tematiky

1.1 Profese zdravotní sestry

Povolání zdravotní sestry patří mezi pomáhající profese, jejichž hlavním cílem je řešení důležitých životních problémů konkrétních lidí. Každé z těchto povolání má určitou odbornost, tedy sumu vědomostí a dovedností, které je potřebné si osvojit pro výkon dané profese. Jsou však také určité předpoklady, které škola jedince nenaučí. Jedná se především o pozitivní lidský vztah ke klientovi a porozumění (Ivanová, 2006). „Volba profese probíhá v několika etapách a v ideálním případě by měla být podložena zájmem a předpoklady toho, kdo si vybírá (Hlinovská, 2008, s. 24).“ Zdravotní sestra patří do pečujících povolání, tedy do podskupiny pomáhajících profesí. Pečující povolání se od ostatních pomáhajících profesí neliší pouze odpovědností za zdraví, život či smrt pacienta. Rozhodujícím faktorem, který dává pečujícím profesím unikátnost, je přesažení oné více či méně pomyslné bariéry lidského soukromí. Jedná se o soukromí lidského života, vztahů a lidského těla (Ivanová, 2006).

Profese sestry je humánním posláním, které od sestry vyžaduje teoretickou i praktickou erudici, ale zároveň značné osobní nasazení. Práce sestry je často nejen finančně nedoceněna, bývá podceňována i ze strany laické a veřejné společnosti (Lužný, Příkrylová, 2007). Mnozí lidé se domnívají, že člověk, který druhým pomáhá, sám pomoc nepotřebuje. Předpokládají, že osoba vykonávající pomáhající profesi je psychicky i fyzicky zdatná natolik, že dokáže pomáhat sama sobě i druhým. Opak je pravdou. Protože čím je pomáhající profese emotivnější, tím více je spojena se sklonem ke stresu a duševní únavě (Ivanová, 2006).

1.1.1 Osobnost zdravotní sestry

Osobnost lze definovat jako soubor všech jednotlivých psychických vlastností, které tvoří jedinečný a neopakovatelný celek. Otázkou pak zůstává, které prvky z tohoto celku jsou podstatné a jak je lze určit a měnit (Honzák et al., 2006).

Povolání zdravotních sester lze zařadit mezi jednu z nejnáročnějších profesí, která představuje riziko psychické i fyzické zátěže. „Všechny profese, jejichž cílem a náplní je pomoc těm, kteří ji potřebují nebo vyžadují, kladou specifické požadavky na nositele těchto profesí (Mellanová, 2001, s. 202).“ Zvláště náročný je pak výkon povolání sestry na odděleních IP, tedy ARO a oborových JIP, kde sestry pečují o pacienta v kritickém stavu, často na pomezí smrti. „Prostředí je stresující – s poměrně vysokou morbiditou a mortalitou, s malým podílem pozitivních motivací a s vysokým skóre zodpovědnosti. Personálu hrozí fenomén vyhoření – „burn-out syndrome“ (Drábková, 1999, s. 60).“ Sestra se zde setkává s bolestí, utrpením, strachem a obavami pacientů. Zároveň je nucena čelit mnohdy nepřiměřeným reakcím rodiny pacienta a vhodně je řešit. Mezi dovednosti sestry na odděleních intenzivní péče patří na jedné straně vnímavost při sledování pacientova stavu, flexibilita, rychlé rozhodování, práce s přístrojovou technikou, schopnost využití odborných znalostí a další dovednosti (Ježek, 2007). Na straně druhé je to psychická a fyzická zdatnost sestry, schopnost čelit stresu, komunikační a organizační schopnosti. „Všechny tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobnost člověka, profesionální přípravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2007, s. 148).“

Představy o roli sestry se mění s dobou. Jsou závislé na tradicích, zkušenostech a výchově. Obraz sestry v očích laické veřejnosti je často spjat s televizními seriály, které různým způsobem deformují osobu sestry do pomocnice, pedantské vedoucí či lovkyně lékařů. Realita je však jiná a plně ji dokáže chápat člověk, který zažil bezmoc a ví, jak cenná pro něj byla ve zdravotnickém zařízení kvalifikovaná pomoc sestry. Bohužel názory těchto lidí obvykle nedosáhnou takové medializace jako produkty sdělovacích prostředků (Zvoníčková, Jirkovský, 2006).

K výkonu zdravotnické profese jsou nezbytné i určité osobnostní předpoklady. Jedná se především o dostatečně sebekritický tvůrčí přístup, schopnost vcítění se do vnitřního světa druhých lidí (empatie), porozumění, klidné a trpělivé vystupování, určitá hodnotová orientace a humánní vztah k nemocnému. Tyto aspekty vyžadují sebekritickou

kontrolu vlastního jednání, která představuje harmonickou a vyrovnanou osobnost odborně vzdělané sestry. S přihlédnutím k etickým normám jsou společností formulovány základní dokumenty, které pomáhají zkvalitnit činnost zdravotnických pracovníků. Jedná se zejména o „Etický kodex České lékařské komory“, „Etické kodexy zdravotních sester a ošetrovatelek“ a „Etický kodex práva pacientů“ (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2007).

Vzhledem k náročnosti zdravotnického povolání by každá sestra měla dbát na své zdraví, které je nejvyšší hodnotou života. Ošetrovatelská péče je nezastupitelnou součástí péče o pacienta a sestry si zaslouží při výkonu svého povolání co možná nejlepší pracovní podmínky (Bezvodová, 2004). V rámci výzkumu spokojenosti zdravotnických pracovníků, který byl proveden v roce 2007 v jedné z brněnských nemocnic, bylo zjištěno, že pro dotazované sestry je základním pilířem charakter práce, finanční ocenění, týmová práce a vztahy na pracovišti (Jedlinská, 2008).

1.1.2 Intenzivní péče

Intenzivní medicína je lékařský obor zahrnující diagnostiku, léčbu, kontinuální sledování a poskytování vysoce specializované péče pacientům, kteří se nacházejí v život ohrožujícím stavu (Ševčík, 2003). Nemocniční intenzivní péče (IP) je poskytována na oborových jednotkách intenzivní péče (JIP), kde jsou hospitalizováni pacienti s hrozícím selháním jedné či více životních funkcí. Pokud některá z těchto funkcí již selhala, je pacientům poskytována komplexní péče na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO) (viz Příloha č. 3). Technické a personální vybavení těchto oddělení je určeno legislativně (Kapounová, 2007).

Intenzivní a resuscitační péče vznikla jako logická nevyhnutelnost, potvrzená již v době Krymské války poznatky Florence Nightingalové. Během 2. světové války vznikaly traumatické jednotky a nemocnice pro ošetření raněných, vyvíjely se také tzv. dospávací pokoje určené pro sledování pacientů po určitém výkonu prováděném v celkové anestézii (znecitlivění). Dalším momentem, který přispěl k podpoře koncepce oboru IP v Evropě, byla epidemie polimyelitidy v 50. letech ve Skandinávii (Májek, 1998). Vznik jednotek

intenzivní péče v Evropě byl zaznamenán v 60. letech minulého století. Do té doby se často stával známkou významnosti jednotlivých oddělení počet lůžek či postavení přednosti kliniky. Na pokojích byli hospitalizováni pacienti s různými příjmovými diagnózami a mezi nimi leželi také pacienti v těžkém stavu a umírající. Personální i technické vybavení pracovišť bylo v té době nedostatečné. Tuto situaci změnilo propracování metody umělé plicní ventilace, realizace výroby ventilátorů a objev elektrické defibrilace. Významným aspektem směřujícím ke zrodu IP se stala také kritika tehdejšího pojetí hospitalizace pacienta a její náhrada systémem diferencované péče (Petrášek, 2002). „Ten je založen na principu poskytování takové úrovně, intenzity a množství diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče, jakou stav nemocného právě vyžaduje. Byly definovány a zdůrazněny tři stupně úrovně hospitalizační péče: intenzivní, intermediální (semiintenzivní) a základní péče (původní označení „minimální péče“ bylo pro možnost negativní interpretace laickou veřejností opuštěno) (Petrášek, 2002, s. 13).“ Následoval vznik koronárních jednotek intenzivní péče, o který se zasloužila skupina lékařů přicházející s novou koncepcí nemocniční péče o pacienty s akutním infarktem myokardu a maligními arytmiemi. Tehdy měl být tento významný krok publikován v prestižním časopisu *New England Journal of Medicine*, přísní recenzenti však otištění nedoporučili a tuto vizi označili jako nereálnou slovy „science fiction“. Koncepce samozřejmě reálná byla, uskutečnila se a informace o tomto pokroku později zveřejnil jiný významný časopis (Petrášek, 2002).

V dnešní době zaznamenáváme na jedné straně obrovský pokrok v IP daný vývojem diagnostických a terapeutických postupů a zároveň specializačním vzděláváním lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků. Setkáváme se však také s řadou etických otázek a s problémy souvisejícími s péčí o kriticky nemocné. Často vzniká nepoměr mezi ekonomickými nároky na léčbu pacienta a přínosem této péče, respektive nerovnováha mezi výsledky poskytované péče a dosaženou kvalitou života pacienta. I přesto, že jsou názory odborníků na tuto problematiku různorodé, vždy by měla být zachována hlavní myšlenka medicíny: Věnovat veškeré úsilí medicíny pacientovi až do okamžiku přesvědčení, že léčba činí utrpení bez naděje na příznivý výsledek. Dodržování etiky by

mělo být nedílnou součástí léčebné a diagnostické strategie v péči o pacienta. Mezi základní etické principy patří beneficence, tedy princip konání dobra v zájmu a ku prospěchu pacienta. Dále by pacient nikdy neměl být vědomě poškozen, což je dáno principem nonmaleficence. Při péči o pacienta by měla být zdravotnickými pracovníky plně respektována autonomie pacienta, tedy jeho názor a rozhodnutí. V neposlední řadě je nutné etické zásady doplnit o respektování zákona (Ševčík, 2003).

1.1.3 Vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků na ARO/JIP

Vzdělání zdravotních sester pracujících na odděleních IP je dáno zákonem č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Podle § 2 zákona č. 96/2004 Sb. se zdravotnickým povoláním rozumí souhrn činností při poskytování zdravotní péče, které jsou prováděny zdravotnickým pracovníkem. Příjemcem zdravotní péče se pak stává pacient. Zároveň jsou podle § 1 tohoto zákona stanoveny podmínky pro získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, pro celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků a pro uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání (§ 1 a 2, hlava I, zákon č. 96/2004 Sb.).

Způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka je dána zdravotní způsobilostí a bezúhonností. Zdravotní způsobilost je povinen zdravotnický pracovník doložit lékařským posudkem (§ 3, hlava I, zákon č. 96/2004 Sb.). „Za bezúhonného se pro účely tohoto zákona považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, nebo ten, na něhož se hledí, jako by nebyl odsouzen (odstavec 3, § 3, hlava I, zákon č. 96/2004 Sb.).“

Na odděleních IP pracují všeobecné sestry. „Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační,

neodkladné nebo dispenzární péči (odstavec 3, § 5, hlava II, zákon č. 96/2004 Sb.).“

Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry lze získat absolvováním tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester na vysokých školách či tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. V případě, že bylo studium zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004, pak zákon připouští jako adekvátní vzdělání pro výkon profese sestry některé další typy vzdělání. Jedná se například o vysokoškolské obory psychologie-péče o nemocné, pedagogika-ošetrovatelství, studijní obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole či tříleté studium v oboru diplomovaná dětská sestra (§ 5, hlava II, zákon č. 96/2004 Sb.).

Oborem specializačního vzdělání, který mohou využít všeobecné sestry na odděleních intenzivní péče je ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči s možností zaměření na neodkladnou péči, péči v anesteziologii, dlouhodobou plicní ventilaci či na očišťovací metody krve (příloha nařízení vlády 463/2004 Sb., NCO NZO Brno).

Na oddělení ARO mohou také pracovat zdravotničtí pracovníci s odbornou způsobilostí zdravotnický záchranář. „Za výkon povolání zdravotnického záchranáře se považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči (odstavec 3, § 18, hlava II, 96/2004 Sb.).“ K výkonu zdravotnického záchranáře je nezbytné absolvování akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, nebo oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách. Možností získání odbornosti v tomto oboru bylo také studium střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud byl první ročník zahájen nejpozději ve školním roce 1998/1999 (§ 18, hlava II, 96/2004 Sb.).

Na odděleních IP zdravotničtí pracovníci poskytují vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí

nebo jsou bezprostředně ohroženi selháním těchto funkcí (§ 2, část první, vyhl. 424/2004 Sb).

1.2 Psychická zátěž sester na ARO/JIP

Náročnost zdravotnické profese vyžaduje ze strany jejího nositele nejen psychickou a fyzickou odolnost, ale i mnoho kompenzačních mechanismů, které napomáhají udržet tělesné a duševní zdraví jedince a zároveň zabraňují vzniku tzv. syndromu vyhoření. Stresové situace, které provázejí zdravotnickou profesi, jsou každou sestrou vnímány individuálně. Prožívání zátěže je ovlivněno mnoha faktory, mezi než patří například délka praxe na oddělení IP, interpersonální vztahy, ale i rodinné zázemí či naopak konflikty s blízkými. Výslednou podstatou zůstává schopnost sestry přes veškerou náročnost jejího povolání zachovat jistou míru empatie a lidské pojetí ošetrovatelské péče (Bodská et al, 2005).

1.2.1 Stres v profesi zdravotní sestry

Lidstvo obývá planetu Zemi již několik milionů let a je zřejmé, že životní tempo lidí na samotném počátku existence bylo zcela jiné než dnes. Dříve bylo pro lidi prioritou přežití. Pokud jim hrozilo nebezpečí, zmobilizovali veškeré fyzické i psychické rezervy a podařilo se jim zdolat nebezpečí. Posléze vyhledali klidné místo, které jim poskytlo odpočinek a útočiště pro doplnění sil. Současný život je pozitivní vzhledem k velkému pokroku, kterého lidstvo od počátku své existence dosáhlo. S pokrokem je však spojeno stále častěji slovo stres, prezentující se navenek jako uspěchanost, boj s časem a hon za plněním povinností. Nemáme čas na relaxaci, protože i pauzu v práci často vyplňujeme přemýšlením nad tím, co jsme zapomněli či co je třeba udělat. A když máme přece jen chvíli vyhrazenou na relaxaci, snažíme se do ní vměstnat co možná nejvíce aktivit, což opět přináší zmiňovaný stres (Kraska-Lüdecke, 2007).

Termín stres pochází z anglického „stress“, které znamená v překladu „stlačit, vytlačit“, v tomto případě se používá ve smyslu tlaku na psychiku. Stres lze definovat jako

obecnou odezvu organismu na jakoukoli významně působící psychickou či fyzickou zátěž. Při stresu se na základě vývojových mechanismů uplatňují adaptační procesy organismu, umožňující jeho přežití (Valášková, 2008). „Stres v medicínském smyslu představuje automaticky probíhající reakci organismu na ose hypotalamus – hypofýza – nadledviny na ohrožující podněty (Honzák, 2008, s. 28).“ Je prokázáno, že určitá míra stresu je pro organismus přínosná. S pozitivním stresem (eustresem) se setkáváme při radostném dosažení cíle (Valášková, 2008). „Takový stav člověka aktivuje a motivuje ke změnám nevyhovujících podmínek. Dochází k mobilizaci sil, zvýšení koncentrace, představitosti, síly a produktivity, a tak je pozitivní stres nezbytný pro náš aktivní život (Valášková, 2008, s. 22).“ Stres však existuje především v pojetí negativního stresu (distresu), který vzniká při překročení individuální hranice vzhledem k vyrovnání se s danou zátěží (Valášková, 2008).

Poplachová reakce organismu začíná orientačním reflexem. Jedná se o moment, při kterém o stresu ještě nikdo nebude hovořit. Tento reflex je vyvolán na základě neznámých, ohrožujících, frustračních či bolestivých podmětů, které vedou ke zvýšenému napětí a pozornosti působením na behaviorální inhibiční centrum v mozku. Pokud podněty nejsou dostatečně intenzivní, dojde k odeznění reflexu. V opačném případě se spustí stresová kaskáda (Honzák, 2008). „Stres je nezbytný k přežití, jeho nevýhodou pro současného člověka ovšem je, že se dostavuje jako reakce na podněty z psychosociální sféry, které rozhodně neznamenají ohrožení života, přesto se však celá kaskáda dějů spustí stejně, jako by o život šlo (Honzák, 2008, s. 28).“ Samotná poplachová reakce má za cíl vytvořit optimální podmínky pro boj či útěk. Na poplachovou reakci se organismus připraví aktivací řady tělesných systémů. Mezi projevy takového stavu patří napnutí svalů, zvýšení tepové frekvence, vzestup krevního tlaku, zrychlení dechu, celkové nabuzení nervového systému, pocit sucha v ústech, stažení žaludku a další projevy. Pokud je poplachová reakce neúspěšná, nastupuje fáze rezistence, vznikající na podkladě přetěžování jednotlivých systémů a metabolicky náročných pochodů v organismu. Navenek se jedinec v této fázi projevuje především stažeností, sklíčeností a emocionálními reakcemi. Poslední fází stresu

je zhroutení. Tato fáze představuje regulační chaos, který má nepříznivé důsledky pro řízené systémy i systémy řídicí (Honzák, 2008).

Stres se objevuje nejčastěji u rizikových profesí, mezi které bezesporu patří také výkon zdravotnického povolání. Sestry svou práci vykonávají s maximálním nasazením, jsou na ně kladny nemalé nároky týkající se především jejich schopností, dovedností a vzdělání. Sestry pečují o pacienty a svou činností směřují k jejich brzkému uzdravení (Valášková, 2008). „Každodenní kontakt s lidským utrpením vyžaduje velkou psychickou odolnost a vyrovnanost, a právě psychická zátěž, respektive emocionální stres, narušuje její vztah s okolím a často se stává jednou z hlavních příčin vážných onemocnění (Šusterová, 2009, s. 24).“ Vzhledem k pracovní náplni sestry pak snadno může vznikat dlouhodobý stres, který může mít psychosociální dopad.

1.2.2 Příčiny a projevy stresu provázející povolání sestry

Faktory, které vedou k psychické zátěži, nazýváme stresory. Stresorem ve výkonu zdravotnického povolání mohou být složky vztahující se k organizaci práce, tedy pracovní režim, služby o víkendech a ve svátcích, změny v biorytmu organismu způsobené směnným provozem, administrativní povinnosti, pocit nedokončené práce vzhledem k velkému množství činností a nedostatku personálu apod. Aspektem směřujícím k psychické zátěži sester se často stávají mezilidské vztahy. Jedná se o interpersonální vztahy na pracovišti, komunikaci a kontakt s pacientem, komunikaci a jednání s rodinou pacienta a s rodinou zesnulého. Mezi interpersonální vztahy lze zařadit vztah mezi sestrami navzájem, vztah mezi sestrou a jejími nadřízenými či podřízenými osobami a také vztahy mezi sestrami a lékaři. U všech těchto vztahů může dojít ke konfliktům a kritickým incidentům. Dalšími prvky, které vedou k zátěži sester, jsou míra zodpovědnosti za pacienta, nutnost rychlého a správného zhodnocení situace, psychická a fyzická náročnost povolání, požadavky na vzdělávání a určité dovednosti. Zvláště náročné je pak prožívání těžkého stavu pacientů a péče o umírajícího pacienta, se kterými se častěji setkávají sestry na exponovaných pracovištích. Takovými pracovišti jsou například oddělení IP, kde se

mimo již zmíněné stresory stává pro sestru náročným požadavek na neustálou soustředěnost, schopnost reagovat na změnu stavu pacienta a technická zdatnost. Fyzickou náročnost dokládá zjištění, že sestra na pracovišti denně ujde průměrně 11,5 kilometru, stráví 96 minut v předklonu a 392 minut stojí. Veškeré zmíněné faktory a mnohé další mohou působit na vznik pracovního stresu. Sestry se mohou různým způsobem se stresem vyrovnávat a zvolit tak určitou variantu kompenzace. (Valášková, 2008) (viz příloha č. 4). Náročným momentem, který může představovat jeden z rizikových faktorů vedoucích ke vzniku stresu zdravotníků, se může stát obtížnost oddělení profesního a soukromého života. Tento problém je dán tím, že okolí ztotožňuje zdravotníka za každé situace s jeho profesí (Nešpor, 2001). K zátěži sester může přispívat také hygiena práce, tedy teplota prostředí, osvětlení, hluk, vliv toxických látek apod. (Gulášová, Šurániová, 2004).

Někteří autoři se přiklání k názoru mnohočetného ovlivnění vzniku stresu při výkonu povolání. Tato skutečnost se týká také profese zdravotní sestry. Jedná se o působení pěti základních činitelů. Jsou to negativní emoce, mezi které patří vztek, frustrace, nepřátelství, nespokojenost se sebou samým (neschopnost akceptovat nezdary, nerealistická očekávání), beznaděj a pocit ohrožení. Dalším faktorem se stává vliv únavy, choroby, chronické bolesti či mikrobiální napadení a poškození (bakterie, viry, paraziti). Zastoupení v pracovním prostředí zdravotní sestry má také určitá úroveň radiace a záření, exhalace a tělesná pasivita. Na vykonavatele profese působí dále toxické substance, tedy jedy, léky, drogy, chemické součásti stravy, alkohol, nikotin a kofein. Poslední, ale jistě neméně důležitou stresovou součástí pracovního prostředí, je pracovní napětí, které je často prohlubováno tlakem denního života, očekáváním druhých, kulturními zvyklostmi, společenskými hodnotami či sensorickým přetížením.

Stres se může projevit na úrovni psychické i fyzické, má tedy psychosomatický dopad. Mezi somatické projevy lze zařadit rozšíření zornic, zlepšení zrakového vnímání, zrychlený metabolismus prezentující se zvýšenou teplotou a pocením, zrychlený tep, zvýšený krevní tlak, prohloubené dýchání. Dochází k poklesu vylučování moči, objevuje se pocit sucha v ústech, zácpa, plynatost. Mezi somatické projevy stresu v neposlední řadě

patří také zvýšená mentální bdělost, svalové napětí a hladina cukrů v krvi. Po psychické stránce se stres projevuje úzkostí a hněvem. Prvními známkami stresu bývají verbální a motorické projevy, které se projevují pláčem, nadměrnou výřečností, smíchem, křikem, fyzickým napadením apod. (Šusterová, 2009).

1.2.3 Syndrom vyhoření

„V sedmdesátých letech se vynořuje termín „burnout“ (syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení), popisující profesionální selhání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky, ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání (Honzák, 2008, s. 28).“ Termínem „burn out“ označujeme stav emočního vyčerpání, který doprovází chronický stres a projevuje se na úrovni tělesné, citové a mentální. Emocionální náročnost nejčastěji vzniká na podkladě propojení velkého očekávání a chronického situačního stresu (Zacharová, 2008).

K psychickému vyhoření sester na JIP může vést kombinace psychicky náročných situací, fyzická zátěž a kladení vysokých nároků v oblasti technologických znalostí. Ve Švýcarsku byla provedena studie na oddělení chirurgických JIP za účelem zjištění příčiny syndromu vyhoření u sester. Studie ukazuje, že až 49% dotazovaných sester chirurgických JIP se cítí být stresováno a přibližně třetina respondentů vykazuje psychické vyhoření. V rámci studie, nezávisle na dotazovaném, byly uváděny tři důvody, které jsou úzce spojeny s psychickým vyhořením. Jedná se o nezáměr pacientů o spolupráci se sestrami, špatnou organizaci práce a náhlé změny zdravotního stavu pacientů, na které musí sestry reagovat. Závěrem studie se stal fakt, že dobrá psychická kondice sester je velmi důležitá proto, aby mohly poskytovat pacientům kvalitní péči. Je tedy nutné zaměřit se na prevenci a pomoc sestrám v problematice syndromu vyhoření (Veron et al., 2007).

V české odborné literatuře se s pojmem syndrom vyhoření setkáme nejčastěji v souvislosti s problematikou osobnosti ve zdravotnictví či v sociálních službách. Zejména na exponovaných pracovištích je znatelná vyčerpanost sester, která souvisí s vysokým

předpokladem pro vznik syndromu vyhoření. Jedná se zvláště o pracovníky hospiců, JIP, onkologických a gerontologických oddělení či léčeben dlouhodobě nemocných (Zacharová, 2008). „Současné pojetí burn out zdůrazňuje faktory, jakými jsou vysoké pracovní nasazení, požadavek trvale vysokého pracovního výkonu, který je v kombinaci s nízkým efektem práce a dalšími situačními proměnami rozhodující při rozvoji syndromu vyhoření (Zacharová, 2008, s. 41).“ S příčinami vzniku syndromu vyhoření souvisí individuální faktory. Jedná se o zvyšující se nároky na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, zátěž v soukromém životě, stres, konflikty apod. Vliv na vznik vyčerpanosti zdravotníků mohou mít také organizační a pracovní faktory, mezi které lze zařadit nedostatek autonomie, nátlak sociální role, absenci sociální podpory a monotónní rutinu (Bartlová, Jobánková, 2001). „U sester pracujících na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních jsou to mimo jiné i vysoké požadavky na znalosti špičkové medicíny, specifické stresující faktory jako práce ve směnách, přesčasy, akutní příjmy, těžké stavy pacientů a časté umírání apod. (Bartlová, Jobánková, 2001, s. 78).“

Syndrom vyhoření lze s přihlédnutím k projevům jedince vystihnout jako stav, který provází fyzické vyčerpání s výrazným snížením energie, chronická únava a celková slabost. Emoční vyčerpání se projevuje pocitem beznaděje, bezmoci a únavy. Psychické vyčerpání se u jedince prezentuje negativním postojem k sobě samému, k práci a celkově i k životu (Zacharová, 2008). Zároveň se syndrom vyhoření vyznačuje ztrátou schopnosti radovat se, těšit se ze života, ztrátou vůle angažovat se, ztrátou schopnosti empatie a ztrátou pocitu zodpovědnosti. Jedinec může dospět až k agresivním projevům, abúzu drog a alkoholu či vývoji psychických poruch (Bartlová, Jobánková, 2001).

Syndromem vyhoření jsou obecně ohroženi zdravotníci, kteří se denně setkávají s problémy a bolestí druhých a chybí jim rovnováha mezi dáváním a přijímáním. Mezi rizikové skupiny jedinců patří ti, kteří jsou zpočátku výkonu své profese nadměrně nadšení, horliví, mají vysokou angažovanost a ideály. Jejich nadšení však postupně opadá, protože vytyčené ideály se nedaří realizovat. Kladou na sebe vysoké požadavky neúměrné svým schopnostem a jejich nenaplnění pak pokládají za osobní porážku. Nedokáží snížit

množství práce na únosnou míru přenesením zodpovědnosti na ostatní. Nedokáží odpočívat a relaxovat. Zdravotník, který podlehne syndromu vyhoření, je postupně zklamán z pracovního prostředí a systému práce, začne být apatický až izolovaný od druhých, uniká do samoty, není schopen vyrovnat se se vzniklou situací a jednat i v jednoduchých záležitostech. Výsledkem je snížení pracovního výkonu a zároveň značné omezení významu a smyslu práce (Zacharová, 2008).

1.2.4 Životní styl jako prevence psychosomatického dopadu profese

Zdraví je nejcennější hodnotou života každého člověka, odráží jeho jedinečnost, genetickou výbavu, ale i prostředí, kde žije. Udržování a obnovování zdraví souvisí s kvalitou poskytované zdravotní péče. Poskytovateli jsou mimo jiné také zdravotní sestry, proto je v jejich zájmu o své zdraví pečovat. Udržování duševního a tělesného zdraví je jedním z významných cílů, který směřuje ke kvalitnímu životu.

Uspěchanost dnešní doby a současná míra zátěže způsobená nelehkým zdravotnickým povoláním vystavuje sestru nežádoucím vlivům, které útočí na její zdraví. Sestra pečuje o pacienta, který je ohrožen na životě, je vystavena steskům pacientů a jejich blízkých, musí se vyrovnat se smrtí pacienta, je postavena před nelehkou komunikací s pozůstalými a čelí velkému množství dalších psychicky a fyzicky náročných momentů sesterské profese. Je tedy nutné, aby sestra dokázala překonat každodenní napětí zdravým pracovním prostředím. Existuje celá řada preventivních a relaxačních technik, které pomohou sestram zvládat těžkosti jejich povolání. A zároveň je třeba si uvědomit, že k psychické pohodě vede nalezení rovnováhy v rodinných vztazích, tělesná pohoda a aktivní společenský život (Šišláková, 2006). Základem zvládnutí negativních dopadů sesterské profese je prevence zaměřená zejména na duševní hygienu, optimalizování relací mezi zátěží a odpočinkem, snahu o pravidelnost životního stylu a pohyb. Je také vhodné osvojit si určité zásady, které se týkají pracovního i osobního života sestry (Honzák, 2008) (viz příloha č. 5)

Často máme tendenci hledat nové, účinnější prostředky pro ochranu zdraví,

zvyšování naší zdatnosti a odolnosti vůči zátěži. Při tom však zapomínáme na to, že nejdůležitějším způsobem podporujícím zdraví je spánek, racionální strava a celkový zdravý životní styl. Spánek je nejlepší prevencí psychické zátěže, protože při něm dochází k psychické i fyzické regeneraci. Nezbytný je také odpočinek, který však musí být realizován za určitých podmínek umožňujících požadovaný efekt (Šusterová, 2009). Při odpočinku je tedy důležité mít na paměti:

„- Odpočinek musí provázet celkové duševní uspokojení, kvalitu odpočinku prohlubuje změna prostředí

- aktivní odpočinek je pro zotavení účinnější než nečinnost
- přes den bychom měli odpočívat zejména v hodinách bezprostředně po obědě a před večerním spánkem
- jeden den v týdnu by měl být vyhrazen na odpočinek
- odpočinek po celoroční práci (dovolenou) bychom měli absolvovat ve větších časových úsecích
- nejlepším prostředím na zotavení je příroda (Šusterová, 2009, s. 24).“

Manipulace s pacientem a přístroji na pracovišti je fyzicky náročná. Sestry v těchto situacích často přetěžují své síly a nepoužívají správné techniky z důvodu vlastní neznalosti, ukvapenosti či nevybavenosti oddělení. Tělesná relaxace je součástí psychického odpočinku (Šišláková, 2006). Za formu aktivního odpočinku lze považovat pohyb a sport. Jedná se o způsob regulace tělesné hmotnosti, kompenzaci duševní námahy a zároveň je prostředkem pro udržení fyzické a psychické kondice. Nedostatek pohybu je hlavním faktorem vedoucím ke vzniku civilizačních chorob (Šusterová, 2009). Je možné si vybrat z celé řady aktivit například jógu, aerobic, cyklistiku, plavání a další. Výhodnou a zároveň vhodnou technikou určenou pro relaxaci těla a mysli je autogenní trénink. Je doporučován všem, kteří mají náročné povolání nebo se setkávají s mnoha stresovými situacemi (Lužný, Příkrylová, 2007).

Zdravá životospráva je součástí zdravého životního stylu. Je podstatná nejen skladba potravy, ale i přijaté množství. Negativní smysl nabývá výživa v momentě, kdy se

přejídání stává prostředkem pro překonání zátěže (Šusterová, 2009).

Přílišným stresem je přetížena tělesná přizpůsobivost člověka, což se navenek projevuje podrážděností, únavou a náchylností k psychosomatickým onemocněním. Je tedy důležité si uvědomit, že psychicky vyrovnaná sestra může být pro pacienta cennější než sebelépe vybavené pracoviště se zkušenými odborníky (Šusterová, 2009; Šišláková, 2006). „Někteří pomáhající potřebují aktivně myslet na to, aby jejich profesionální zájmy nepohltily veškerý jejich volný čas, aby zůstal prostor na koníčky, kulturu a společenský život (Kopřiva, 2006, s. 100).“

1.3 Specifika komunikace na odděleních intenzivní péče

Při přijetí pacienta na JIP se sestra může setkat s nejrůznějšími projevy pacientem vnímané stresové situace, s obavami pacienta ze závažnosti jeho stavu, ale i s celkovou negativní reakcí vzhledem k nutnosti zavedení diagnostických a terapeutických postupů. Komunikace s pacientem na JIP a ARO může být komplikována kromě již zmíněných aspektů také tím, že pacient trpí velkou bolestí, je ve stavu bezvědomí, má uměle zajištěny dýchací cesty či je pod vlivem určité medikace. Zároveň se při komunikaci mezi sestrou a pacientem může stát překážkou ztráta orientace pacienta v místě, čase a své osobě. Pro sestru se stává náročná také komunikace s rodinou pacienta, pro kterou by se měla stát oporou a důkazem profesionality (Špatenková, Králová, 2009). V denní praxi se zdravotničtí pracovníci setkávají také s dlouhodobě nemocnými, mezi nimiž zvláštní skupinu tvoří nevyлéčitelně nemocní ve stádiu blížící se smrti. Zvládnout komunikaci s umírajícím člověkem a jeho rodinou je pro sestru nesmírně náročným úkolem, který si klade velké nároky na profesionalitu, osobní zralost a autoregulační mechanismy zdravotníků (Zacharová, 2008).

1.3.1 Komunikace ve zdravotnictví

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2007, s. 167).“ Správná komunikace je nezbytná nejen ve vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, ale i ve všech oblastech každodenního života. Na účelném dorozumění často závisí úspěch léčby a spokojenost obou stran. Komunikace tvoří základ ošetrovatelské péče a ze strany zdravotnického personálu vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým je třeba se učit již v průběhu přípravy na toto povolání. V ošetrovatelství používáme kromě běžného každodenního dorozumívání také sociální, strukturovanou a terapeutickou komunikaci. Sociální komunikace se odehrává při neformálních setkáních a je neplánovaná. Strukturovaná komunikace dominuje určitým obsahem, tedy je zaměřená například na konkrétní výkon či postup, který bude pacientovi proveden. Posledním typem komunikace používané v ošetrovatelské praxi je terapeutická (léčebná) komunikace. Je to proces, který pomáhá pacientovi překonat přechodný stres a přizpůsobit se sdělené realitě týkající se jeho zdravotního stavu.

V komunikaci informujeme druhou osobu o našem vztahu k ní, ale i o svých pocitech, očekáváních, hodnotách, motivech, cílech a přáních. Sdělení následně probíhá ve formě slovní (verbální) či mimoslovní (neverbální). Pro dosažení kvalitní komunikace s nemocným je velmi důležité ovládat účinnou neverbální složku komunikace. Neverbální komunikace je někdy nazývána řečí těla, protože často díky ní vyjádříme své pocity lépe než slovy. Snáze se nám pomocí mimoslovních projevů vyjadřují emoce, povzbuzení či porozumění (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2007). „Naučit se ovládat své neverbální projevy, umět je při své práci využít a umět pozorovat nemocného s tím, že jsme schopni pojmenovat jeho neverbální projevy, patří k práci všech zdravotnických pracovníků. Záleží však na jejich znalostech a zkušenostech, které mohou ve své profesi využívat (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2007, s. 172).“ Mezi projevy neverbální komunikace patří úsměv, kterým dokážeme dát pacientovi i svému okolí dobrou náladu a zlepšit jeho psychický stav. Nejrůznějšími gesty dokážeme emocionálně prohloubit naše verbální sdělení. Pohledem

z očí do očí si sdělujeme slova a jedním laskavým dotekem lze nahradit desítky slov (Cveková, Haluzíková, 2006). U verbálního projevu dbáme nejen na obsah sdělení, ale také na další prvky. Jedná se zejména o rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výšku hlasu, přítomnost embolických slov (slovních parazitů), délku projevu a intonaci. V případě pacienta je zřejmé, že jeho aktuální stav je limitující vzhledem k jejich schopnosti dobře komunikovat, porozumět dané situaci a významu sdělení. Proto je nezbytné ověřit si, zda pacient porozuměl sdělenému. Zároveň je nutné si uvědomit, že stručná informace vyjadřující podstatu věci cílená směrem k pacientovi je účelná a působí profesionálně (Venglářová, Mahrová, 2006).

K dosažení kvalitní oboustranné komunikace mezi sestrou a pacientem je nezbytné zachovávat schopnost empatie. Vcítění se do situace pacienta a porozumění přináší úlevu a sestře důležité informace dané navázáním vztahu s pacientem (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2007). „Pozitivní vztah k nemocnému se projevuje ve všech rovinách lidské činnosti. Vše, co sestra a lékař udělá, ale i neudělá, má svůj psychologický vliv na nemocného (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2007, s. 178).“ Chování sestry by mělo být jedinečné a osobité vzhledem ke každému jednotlivému pacientovi a jeho potřebám. V neposlední řadě je důležité, aby sestra respektovala úctu k člověku, kterému poskytuje péči. Jedná se o vysoce humánní princip ošetrovatelské péče, prezentovaný především zachováváním vlastní autonomie (samostatnosti) pacienta, jeho důstojnosti a práv (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2007).

1.3.2 Komunikace s pacientem v bezvědomí

Celková péče o pacienta v bezvědomí se stává pro sestru náročným úkolem a vyžaduje vzdělání, zkušenosti, psychickou a fyzickou zdatnost a v neposlední řadě značnou míru empatie. Velký počet zdravotníků si neuvědomuje, že pacient v bezvědomí vnímá své okolí, potřebuje komunikaci s okolním světem a zároveň je nezbytná péče o jeho psychický stav. Pacient v bezvědomí je hospitalizován na ARO či oborových JIP často z důvodu velmi závažného poškození zdraví a pohybuje se na hranici mezi životem a smrtí. Mimo to

je pacient vystaven mnoha změnám v podobě vytržení z domácího prostředí a ztráty zaběhnutého stereotypu. Negativně na něj působí prostředí nemocnice, chod oddělení, zvuky přístrojů a alarmů, stálé osvětlení, neměnní se teplota prostředí apod. Pacient vnímá napojení na přístroje, o kterých obvykle nic neví, podvědomě však tuší, že na nich závisí jeho život (Cveková, Haluzíková, 2006). Vnímání pacienta však může být různým způsobem ochromeno. Mnohdy se neorientuje v místě, čase ani své osobě. Rozlišuje pouze příjemné a nepříjemné vjemy, neví, co je sen a co realita, a nezaznamenává rozdíl mezi dnem a nocí. Vnímá všemi smysly zvuky okolních jevů, tváře lidí, pachy dezinfekce, doteky personálu či chuť ústní vody. Pacient v takto závažném stavu, kdy je zcela odkázán na pomoc okolí, pocítí jakoukoli špatnou manipulaci a nešetrnost při celkové péči o něj. Je tedy na místě, aby si ošetřující personál plně uvědomil závažnost stavu pacienta a pokusil se do jeho situace vcítit (Vágnerová, 2010).

Jako rušivý a zároveň velice nepříjemný fenomén může pacient v bezvědomí vnímat hlasitý a nevhodný rozhovor zdravotníků v jeho blízkosti. Pacienti v bezvědomí vnímají okolní svět mnohem citlivěji než zdravý člověk a zároveň jsou citliví k tomu, co se odehrává v nich samotných. Sestra by proto měla být vnímavá k potřebám pacienta a zároveň by si měla uvědomit, že pacientův emocionální stav je často charakterizován pocitem strachu, obavy, nejistoty a bolesti. Zmíněné skutečnosti jen potvrzuje fakt, že pacient v bezvědomí se ocitá v neznámém prostředí mezi cizími lidmi, na které není schopen reagovat a komunikovat s nimi (Cveková, Haluzíková, 2006). „Vypadávají ze zorného pole zdravotnických pracovníků, jimž pohled na přístroje dává více informací než kontakt s pacientem. To svádí k nerespektování pacienta jako člověka (Cveková, Haluzíková, 2006, s. 179).“ Výsledkem pak může být, že zdravotnický personál k pacientovi v bezvědomí přistupuje jako by byl slepý, hluchý, nic necítil a nevnímal.

Vhodným přístupem zdravotnického personálu je zahájení verbální jednostranné komunikace ihned při přijetí pacienta. Sestra by se měla pacientovi představit, podat mu potřebné informace a seznamovat ho průběžně se všemi u něj prováděnými výkony. Sestra by neměla v komunikaci dělat rozdíly a hovořit stejně na pacienta v bezvědomí jako na

pacienta při vědomí. Komunikace z úst sestry se tak stává pro pacienta zdrojem informací, povzbuzení, stimulace a motivace. Verbální projev by sestra měla doplnit i mimoslovními projevy, které jsou pro pacienta stejně důležité. Slovní projev by měl být klidný a úměrně hlasitý, nikoliv hlučný v domnění, že pacient neslyší. Významný vliv v komunikaci s pacientem v bezvědomí má bazální stimulace, která umožňuje poskytnout individuální a kvalitní ošetrovatelskou péči vycházející z potřeb pacienta (Cveková, Haluzíková, 2006).

Základnu komunikace s pacientem v bezvědomí tvoří pohlázení a vlídné slovo. Vše, co se zdravotnický personál snaží udělat pro blaho pacienta, má smysl. Je důležité pochopit potřeby klienta, porozumět jeho stylu komunikace, poskytnout mu prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj. I když je pacientovo vnímání a vědomí poškozeno, je to stále jedinečná osobnost, která má své prožitky, návyky, životní zkušenosti a určitý způsob komunikace (Vagnerova, 2010).

1.3.3 Komunikace sestry s rodinou závažně nemocného pacienta / pozůstalými

V medicíně kritických stavů byl zaznamenán značný pokrok, který umožňuje zdravotnickým pracovníkům zvládnout řadu kritických stavů, jež donedávna nebyly slučitelné se životem. Tato skutečnost vede k všeobecnému povědomí o možnostech medicíny zachránit lidský život v takřka jakékoli situaci. Zejména pak tento názor vztahují rodinní příslušníci na své drahé blízké, kteří se dostali do stavu ohrožujícího život. Pokrok medicíny v nich podporuje osobní naději v uzdravení jejich blízkého, velké očekávání však často končí zklamáním (Drábková, 2007). Velice náročná je pak komunikace zdravotnického personálu s rodinou pacienta s vysoce nepříznivou prognózou, která se nechce vzdát naděje. Rodina pacienta se mimo klasickou medicínu často utíká i k jiným možnostem jako je pomoc léčitele či modlitby k Bohu o uzdravení jejich blízkého. Lékař by měl dát rodině logické opodstatnění stavu a prognózy pacienta, nikoliv však rodině vymlouvat další kroky zvolené pro blaho pacienta, protože jimi rodina získává psychickou rovnováhu (Eliášová, 2004).

Z důvodu nepoměru mezi očekáváním příznivého výsledku rodinou, event.

pacientem a realitou často fatální a krátkodobé prognózy života dochází ke stížnostem, nespokojenosti a vztahovým problémům v rodině. Zdravotnický personál tuto problematiku pak může chápat jako frustrující zdroj osobní lítosti. Na straně zdravotníků i rodiny probíhá proces satisfakce – očekávání – vnímání reality – ztotožnění se s prognózou – komunikace – přípravy na přicházející realitu. Curtis a spol. zpracovali a publikovali v roce 2005 studii VALUE prováděnou za účelem obnovení souladu mezi rodinou (popř. pacientem) a poskytovateli zdravotní péče. Výsledkem bylo jednoduché metodické doporučení: Méně hovořit, více naslouchat (Drábková, 2007). Studie má za úkol: „Členům rodiny usnadnit a přijmout smutek, zmírnit zklamání a pomoci vyrovnat se s realitou. Zdravotníkům psychicky usnadnit a přijmout paliativní péči, racionalizaci léčby a ukončení marné léčby (Drábková, 2007, s. 111).“

Výsledky nedávno zveřejněné studie provedené v USA byly překvapivé. Rodinní příslušníci pacientů, kteří zemřeli na JIP, byli s poskytnutou péčí spokojeni více než rodinní příslušníci pacientů, kteří přežili. Patricia A. Grady, ředitelka Národního institutu výzkumu ošetrovatelství, uvádí: „Tyto závěry nutně neříkají, že umírající pacienti dostávají kvalitnější péči, ukazují však, že lékaři a zaměstnanci jednotek intenzivní péče jsou ochotni věnovat extra čas pacientům (a jejich rodinným příslušníkům), u kterých je riziko smrti bezprostřední (autor neuveden, Hospitals & Health Network 2008, s. 57).“ Příbuzní těch pacientů, kteří přežili, a těch kteří zemřeli na JIP, se ve svých poznatcích a pocitech rozcházeli. Příbuzní těch pacientů, kteří zemřeli, byli více zahrnuti do rozhodování, lékaři s nimi více komunikovali a dostávalo se jim větší psychické podpory. Pozitivní byl také přístup ošetřujícího personálu ve smyslu většího soucitu, respektu, ochotnějšího zodpovězení jejich otázek a věnování významu potřebám jednotlivých rodin (autor neuveden, Hospitals & Health Network, 2008).

Osobní kontakt mezi sestrou a rodinou pacienta by měl být navázán již při první návštěvě rodiny, nejlépe poté, co byla rodina informována lékařem o aktuálním zdravotním stavu jejich blízkého. Sestra má tak prostor pro zjištění anamnézy a dalších potřebných dat nezbytných pro ošetřování pacienta. Rodina je při prvním kontaktu se sestrou informována

o řádu pracoviště. Jedná se o informace týkající se doby návštěv, kontaktování lékaře, pomůcek a osobních věcí, které mohou přinést pacientovi, apod. Tento rozhovor je vhodnější uskutečnit mimo lůžko pacienta, protože pohled na blízkého člověka v resuscitační péči je obvykle pro rodinu značně stresující. Přímo u lůžka pacienta by pak měla být rodina poučena o potřebných hygienických opatřeních, o důležitosti verbální i neverbální komunikace s pacientem, možnosti realizovat s pacientem určité zvyklosti (hudba, předčítání knihy, apod.). Velice důležité je, aby sestra hovořila s rodinou pacienta srozumitelně s omezením latinských a odborných výrazů (Cveková, Haluzíková, 2006).

„Sestra je nezbytným prostředníkem ve vztahu nemocný – lékař, ale i vztahu nemocný – rodina. Je snahou nás všech, aby žádný z nemocných neměl pocit, že je opuštěn a sám (Cveková, Haluzíková, 2006, s. 180).“

První a zároveň bezprostřední reakce rodiny na smrt jejich blízkého jsou apatie, skleslost, pocity prázdnoty, automatické chování, plnění povinností a depersonalizace. Tyto reakce jsou krátkodobé, trvají obvykle několik hodin, maximálně dva dny. Následující období truchlení provází pláč, zoufalství, naříkání a tělesný neklid. Někdy se u pozůstalých v této fázi můžeme setkat s projevy hněvu, hledáním viníka či sebeobviňováním. Druhá fáze prožívání ztráty nejbližšího člověka obvykle trvá několik dní a je velice vyčerpávající z důvodu intenzivního prožitku emocí. Třetím obdobím stesku po blízké osobě je čas truchlení a oplakávání. Počátek tohoto období je stále provázen řadou emocí. Pozůstalí jsou často v depresivní náladě, jsou podráždění, trpí pocity viny, výčitkami svědomí, poruchami spánku apod. Postupně se intenzita truchlení snižuje. Pozitivní vliv na zvládnutí smutku pozůstalými má sdílení vzpomínek na zesnulého a společnost druhých lidí. Toto období bývá velmi intenzivní po dobu týdnů a měsíců, do roka od úmrtí blízké osoby pak obvykle polevuje. Vnitřní odpoutání pozůstalého od zármutku závisí nejen na hloubce vztahu k zemřelé milované osobě, ale také na schopnosti otevírat se novým zážitkům (Janáčková, Weiss, 2008). „Vyrovnání se a smíření se ztrátou je pro pozůstalé „vykročením dopředu“. Tato situace nastává, když v celkové bilanci a vnitřním ladění rozumová stránka převáží nad stránkou emoční (Janáčková, Weiss, 2008, s. 99).“

Smrt připomíná bezmocnost, neschopnost čelit této jediné jistotě v životě a bojovat s ní. Kromě toho setkání s každým, koho postihla smrt jeho blízkého, je připomínkou toho, že smrt se týká i nás a našeho bezprostředního okolí (Špatenková, Křivánková, 2007). Atmosféra při setkání s pozůstalými je obvykle napjatá. Příčinou napětí je na jedné straně náročnost tématu umírání, smrti a truchlení. Na straně druhé k dramatičnosti situace přispívá emocionální chování pozůstalých, jejich oděv a neverbální projevy. Mnohdy je obtížné zahájit komunikaci s pozůstalými. Je třeba si však uvědomit, že je nutné mluvit jasně tak, aby si pozůstalý zvykal slyšet realitu a ta se tak stala součástí jeho života. V počáteční fázi je vhodné navést pozůstalé na pozitivní vzpomínky na jejich blízkého, až později se připoustí vzpomínky smíšené. Rozpaky a nejistotu zdravotníka může vyvolat plačící pozůstalý. V takové situaci je na místě nabídnout pozůstalému papírové kapesníky a čas na vyplakání (Špatenková, 2008). „Pláč je projevem emocí pozůstalého, je důležitým neverbálním signálem a objevuje se proto, aby sdělil něco, co se dá jen obtížně vyjádřit slovy (Špatenková, 2008, s. 67).“ Truchlíci často z důvodu obavy z negativní reakce skrývají zármutek a emoce, je tedy nutné jim dát „povolení k pláči“. Když pozůstalý pláče, zdravotník by k němu měl být trpělivý, uctivý a přijímající (Špatenková, 2008).

Události, které provázejí úmrtí pacienta, se jeho blízkým vryjí do paměti. Pro rodinu pacienta se tato situace stává obdobím krize, ať už je na tento okamžik sebelépe připravena, nebo je o tom alespoň přesvědčena. Je proto podstatné, aby tento fakt měli zdravotníci v povědomí a snažili se utrpení a strádání pacienta minimalizovat. Pozůstalým by měla být poskytnuta útěcha a opora, kterou tváří v tvář takové ztrátě potřebují (Murray Parkes et al, 2007). Smrt je jednou z alternativ, kterou může být zakončena nemoc. S tím se tedy pojí nutnost profesionálního přístupu a připravenosti zdravotnického personálu v poskytování specifické ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta a v komunikaci s pozůstalými (Špatenková, Křivánková, 2007).

1.3.4 Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta na ARO/JIP

Pokrok vědy a techniky má bezpochyby odraz také na prodloužení délky života, přesto však problematika umírání a péče o umírajícího neztratila svůj význam. Zdravotníci se setkávají se smrtí v profesionálním pohledu. Poskytují umírajícímu člověku kvalitativně vysokou ošetrovatelskou péči nebo-li paliativní péči, která uspokojuje jeho tělesné, duševní, společenské i duchovní potřeby (Kelnarová, 2007). „Člověk umírá za jedinečných a neopakovatelných okolností, práh smrti překračuje sám, a proto mu v této situaci musí být poskytnuta vysoce humánní ošetrovatelská péče (Kelnarová, 2007, s. 7).“

Zdraví, tedy stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, ne pouhá nepřítomnost nemoci, je považováno zejména mladými lidmi za samozřejmost. Jeho skutečnou hodnotu si totiž člověk často uvědomí, až když ho ztratí. Tuto skutečnost potvrzuje také jedno staré přísloví: „Zdravý člověk má tisíc přání, nemocný jen jedno...“ Hovoříme-li o nemoci, která má nepříznivý průběh, resp. prognózu, jedná se o onemocnění infaustní. Je-li průběh natolik nepříznivý, že je onemocnění smrtelné, jedná se o onemocnění letální. Vyrovnat se s takovým zjištěním je pro pacienta velice náročné. Jedná se o složitý a značně individuální proces. V jednání a chování pacientů lze obvykle vyzorovat některé společné rysy psychické odezvy na závažné onemocnění. Tyto rysy byly popsány Elisabeth Kübler-Rossovou. První je fáze iniciálního šoku, která je odezvou na nástup nemoci a provází ji pocity obavy a strachu z bolesti, resp. ze smrti. Následuje fáze popření faktu nemoci a stažení se do izolace. Pacient se domnívá, že se jedná o omyl a vše se jistě vysvětlí. Třetí fáze je charakterizována agresí a hněvem směřovaným vůči bezprostřednímu okolí. Péče o pacienta v této fázi reakce na závažné onemocnění je velmi obtížná a vyžaduje mnoho trpělivosti a porozumění. Zejména empatický a úslužně se chovající personál se může od pacienta dočkat projevů verbální agrese. Po období hněvu následuje fáze smlouvání. Pacient je schopen v této fázi mnoha obětí. Jeho úsilí je dáno nesmírnou touhou žít a uzdravit se. Na období smlouvání navazuje deprese, která je zcela přirozenou reakcí na zátěž. Závěrečnou složkou celé kaskády vyrovnávání se s nepříznivou prognózou onemocnění je akceptace pravdy. Pravda může být pacientem akceptována v podobě

smíření nebo formou rezignace a zoufalství. Úkolem všech, kteří jsou pacientovi v této závěrečné fázi na blízku, je podporovat pacienta tak, aby dosáhl fáze smíření nikoliv rezignace. Procesem vyrovnávání se závažným onemocněním společně s pacientem prochází i jeho nejbližší (Jankovský, 2003). „Dále je důležité si uvědomit, že průběh vyrovnání se nemocného se závažným onemocněním není lineární. Jednotlivé fáze mohou mít různou délku trvání, mohou se opakovat nebo naopak chybět, být variabilní v závislosti na průběhu a závažnosti onemocnění atp. (Jankovský, 2003, s. 134).“ Jak již bylo řečeno, pacient se sdělením nepříznivé zprávy týkající se jeho stavu vyrovnává individuálně. Zpravidla příjemce špatná zpráva hluboce zasáhne a vyvolá nejrůznější reakci v podobě citového šoku až ztráty kontroly nad vlastním jednáním. Proto se zdravotník stává pomocníkem pacienta v této nelehké situaci prostřednictvím správně vedené a realizované komunikace (Zacharová, 2007).

Sestry a lékaři na odděleních IP se často setkávají se smrtí těch, o které pečují. S touto situací se musí vyrovnat sami za sebe a zároveň musí být oporou pacientovi a jeho rodině. V této oblasti se často stává obtížným momentem oddělení vlastní osobnosti zdravotníka od profesní. Situace je provázena emocemi, citovým zaujetím a zároveň se často sestra nedokáže vyhnout připodobnění případu pacienta ke svým blízkým. Roli v prožívání sestry hraje také věk pacienta. Zejména péče o děti či mladého perspektivního člověka, který je v život ohrožujícím stavu, se stává stresující a vyčerpávající (O'Connor, Aranda, 2005). „Na rozdíl od laických představ, že sestry pracující v intenzivní péči jsou spíše „technicky zdatné“, samy sestry se domnívají, že intenzivní péče od nich vyžaduje velice úzké vztahy s pacienty a jejich rodinami (O'Connor, Aranda, 2005, s. 267).“ Lze tedy říci, že sestra, která pečuje o umírajícího pacienta, potřebuje zejména motivaci, lásku, trpělivost, tělesnou a duševní zdatnost. Sestra by měla ovládat umění určitého odstupu od dané situace, mít zázemí a nezapomínat také pečovat o své zdraví (Honzák, Pfefferová, 2009).

Odpověď na otázku, co chce a potřebuje umírající člověk, je poměrně jednoznačná. Jedná se především o dokonalou paliativní péči, respektování vlastních přání a vlastní

důstojnosti, hmotné zabezpečení, smysluplné využití zbývajících času, pobyt ve stabilním prostředí, přijetí vlastního života i konce, blízkost a přítomnost sympatizujícího člověka a smíření se sebou samým, se svou rodinou, se světem, popř. s Bohem. V této souvislosti nás může napadnout protichůdná otázka, co terminálně nemocný nechce. Pacient si v dané situaci nepřeje být přesouván mezi zdravotnickými zařízeními, nechce být vyřazen z rozhodování, nechce být zahlcen přemírou péče a zdravotnických výkonů. Není mu příjemné přizpůsobovat se častým změnám ve složení týmu ošetřujícího personálu, komunikovat za každou cenu se spolupacienty či být nucen do příjmu potravy (Honzák, Pfefferová, 2009).

„Péče o umírající představuje velkou zátěž pro sestry. Původcem úzkostí je připomenutí vlastní smrtelnosti a smrtelnosti našich blízkých. Zdrojem frustrací je pocit selhání a bezmocnosti, když nemůžeme zachránit nemocného před smrtí (Honzák, Pfefferová, 2009, s. 2).“

1.4 Vztahy na pracovišti

V každodenním životě přicházíme do styku s druhými lidmi. Ať už se jedná o kontakty doma, v práci či v době mezi těmito dvěma póly. Vztahy mezi lidmi jsou do určité míry dány našim vzájemným chováním (Křivohlavý, Pečenková, 2004). „To, jak se k sobě navzájem chováme, určuje, jaké budou naše vzájemné vztahy, a na druhé straně naše vzájemné vztahy určují to, jak se k sobě navzájem chováme (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 30).“ Vzájemné vztahy ovlivňujeme svým chováním, jednáním a postoji. Chování dospělého člověka lze často ztotožnit s dítětem, které se chová podle toho, v jakých podmínkách žije. I u dospělého člověka do jisté míry platí rčení „co ses v mládí naučil, ve stáří jako když najdeš“. Nejedná se však pouze o pozitiva, ale i o negativní složky chování. Mezilidské vztahy jsou ovlivněny také jednáním, které by nemělo postrádat účelnost a cílesměrnost. Jednání člověka do sebe zahrnuje minimálně tři složky. Jedná se především o pestrost činů, neverbální vyjádření a způsob, jakým spolu hovoříme. Sociální komunikace jako jeden ze svých základních poznatků dokládá, že není možné nekomunikovat. Přestože

každému je někdy osamocení příjemné, styk s druhými lidmi je pro člověka nezbytný (Křivohlavý, Pečenková, 2004). „Každý člověk potřebuje někoho, kdo by ho měl rád, kdo by byl ochoten s ním pohovořit, vyslechnout ho, porozumět mu a projevit mu úctu (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 33).“

1.4.1 Konflikty a vztahy na pracovišti

Mezilidské vztahy často provázejí konflikty, které se mohou projevit doma, na pracovišti i v jiných životních situacích. „Konflikt znamená střetnutí dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí (Kelnarová, 2009, s. 29).“

Přes veškerou naši snahu se často konfliktům na pracovišti nevyhneme. Zvláště pracovníci na odděleních IP inklinují ke vzniku vzájemných konfliktů. Příčina vzniku konfliktů je z velké části tvořena stresovým prostředím, situacemi na hraně mezi životem a smrtí a činěním rozhodnutí, která zásadním způsobem mění život pacienta i jeho rodiny (Špatenková, Králová, 2009). „Konflikt je přirozený fenomén, který do lidského světa - stejně jako do zdravotnické péče - patří (Špatenková, Králová, 2009, s. 43).“ Konflikt je sice nepříjemný, ale není negativním projevem sociálních vztahů ani fenoménem, kterému bychom se měli vyhýbat. Je dobré si uvědomit, že střet na pracovišti sice utvoří diskomfort, ale zároveň se také stane unikátní příležitostí pro změnu. Zároveň konflikty zabraňují profesní stagnaci, uvolňují napětí na pracovišti a jejich řešení vede k zhodnocení mezilidských vztahů. Mezi zdravotnickými pracovníky dochází ke konfrontaci nejrůznějších názorů, postojů, cílů a hodnot. Problémem, který vyvstává v souvislosti s konfliktem, není vyloučení vzniku daného střetu, ale umění naučit se jeho řešení. Pokud si jedinec tuto dovednost osvojí, posílí svůj osobnostní růst a nastane upevnění vzájemných kolegiálních vztahů (Špatenková, Králová, 2009).

Podle počtu zúčastněných osob lze konflikty dělit na intrapersonální nebo-li vnitřní konflikty (týkající se jedné osoby), interpersonální konflikty mezi dvěma lidmi, skupinové spory uvnitř skupiny lidí a meziskupinové konflikty mezi dvěma skupinami. Další dělení

konfliktů je pojato z hlediska psychologické charakteristiky. Zde rozeznáváme konflikty představ, názorů, postojů a zájmů.

Příčinou konfliktů na pracovišti může být nedostatek v organizaci práce, neprofesionální management, špatné finanční ohodnocení či nemožnost dalšího kariérního růstu. Z hlediska jedince vykonávajícího danou činnost se často zdrojem konfliktů stává jeho povrchní přístup k práci, malá disciplinovanost, neobjektivní hodnocení vlastní práce a nevhodně pronesená kritika. Pro rozvoj konfliktů na pracovišti jsou rozhodující i povahové vlastnosti jedince, zejména závist, náladovost a neodpovědnost. Svou roli na vznik konfliktu může mít také nevyhovující prostředí k práci či nedostatek pomůcek a moderních přístrojů na pracovišti. Pro vyřešení a neprohlubování konfliktů je nezbytné mít snahu vzniklé neshody řešit, ujasnit si situaci, sebekriticky přiznat vlastní podíl, zahájit aktivní řešení sporu a považovat vyřešený konflikt za skončený (Kelnarová, 2009). Zároveň je nutné zajistit vhodné podmínky pro řešení konfliktu, využít faktického popsání situace a definovat problém. Konflikt by měl být řešen na základě konstruktivní kritiky, tedy za nastolení společných hodnot a cílů (Špatenková, Králová, 2009).

Zdravotní sestra se v rámci výkonu své profese setkává s mnoha lidmi a na základě vzájemné sociální interakce s těmito osobami udržuje určité vztahy a komunikuje s nimi. Jedná se o vztahy sestry s pacientem, se spolupracovníky na stejné úrovni pracovního zařazení, s lékaři, s nadřízenými osobami či osobami profesně podřízenými. Dobré vztahy na pracovišti jsou nezbytné pro vzájemnou spolupráci, pracovní spokojenost a udržování psychické i fyzické zdatnosti (Košňarová, 2006). Zároveň je nutné si uvědomit, že je v zájmu pacienta kolektivní spolupráce ošetřujícího týmu. Pacient se tak stává příjemcem kvalitní péče (Špatenková, Králová, 2009).

V průběhu života se každý z nás stává členem hned několika společenských skupin. Jedná se o skupiny lidí, kterým je společný určitý záměr a vzájemné vztahy. Také na pracovišti se člověk zařazuje do sociální skupiny nebo-li do kolektivu s ostatními spolupracovníky. Je tomu tak samozřejmě i ve zdravotnictví, v kolektivu sester (Košňarová, 2006).

Komunikace s kolegy může být někdy složitá. Dobré vztahy na pracovišti jsou tedy obvykle výsledkem určitých komunikačních dovedností. Jedná se především o respektování druhých osob, férové jednání, spolupráci, schopnost činit kompromisy a naslouchat druhým. Pro dosažení dobrých profesních vztahů je nezbytné budovat dobré vztahy s ostatními dříve, než od nich budeme něco potřebovat, či dříve, než vyvstane nějaký problém, který s danou osobou budeme řešit. Cesta, která vede k budování kvalitních vztahů s kolegy, je tvořena především vstřícným chováním a komunikačními dovednostmi. Buďme tedy diskrétní, chvalme své kolegy, podporujme je, přejme jim vše dobré a pomáhejme jim. Pak s největší pravděpodobností můžeme očekávat podobně vstřícný přístup od nich (Špatenková, Králová, 2009).

V pracovním procesu se mohou vytvořit dva typy pracovních skupin. První skupina lidí je charakterizována převažujícím určením, které vychází především z daného úkolu a organizace. Druhé jsou skupiny dané určením sociální povahy, tedy společnými cíli, hodnotami, zájmy apod. Skupina, která spojuje práci i svou sociální funkci, se nazývá tým. Týmová práce pak představuje důležitý aspekt fungujícího kolektivu sester, který je představován spokojeností a nízkou fluktuací. Vše je dokreslováno také atmosférou na pracovišti, která v pozitivním slova smyslu dokáže navodit klid, spokojenost a pohodu zúčastněných osob (Košnarová, 2006).

Zdravotní sestra se svými spolupracovníky mnohdy tráví více času než se svými blízkými. Kolektiv na pracovišti se jí tak stává druhou rodinou a měl by být funkční. Ne vždy se však funkčnosti kolektivu dosáhne. Důvodem bývají konflikty nejrůznějšího typu, často určené řadou specifík sesterského kolektivu. Snad nejvýraznější z nich je převaha ženského pohlaví mezi sestrami. Převážně ženský kolektiv je značně rizikový pro vznik otevřených konfliktů. Příčinami neshod mezi ženami na pracovišti jsou často závist a škodolibost, která může vést k rozdělení kolektivu na několik podskupin. Takový zásah do skupiny vede k pomluvám a narušení kolektivní práce.

Každý člen zdravotnického týmu by měl mít snahu udržet spolupráci a dobré vztahy se svými kolegy. K tomu je nezbytná správná organizace práce, vzájemná komunikace,

přátelský přístup a zpříjemnění pracovního prostředí. Nezbytné je také myslet na své zdraví, aktivně využívat volný čas a mít zázemí ve svých blízkých. V případě konfliktů na pracovišti je důležité přistoupit k jejich řešení, na druhé osoby neútočit, mluvit diplomaticky a kultivovaně a neinrikovat. Cennou radu v případě prevence neshod na pracovišti dává přísloví „Nečiň druhým to, co nechceš, aby oni činili tobě.“ (Sýkorová, 2005).

1.4.2 Vztah sestry k nadřízeným osobám

Jak již bylo zmíněno, jeden z mezilidských vztahů, který provází sestru v její profesi, je interakce s nařízenými osobami. Pokud má určitý systém sdružující lidi fungovat, je zapotřebí v něm nastolit řád. Umění řízení vedoucími pracovníky nebo-li managementu lze z hlediska způsobu vedení rozdělit na autoritativní, demokratický a liberální.

Autoritativní typ řízení je odvozen od mnišských řádů pečujících o nemocné. Zde měla hlavní slovo sestra abatyše, která nesla plnou odpovědnost za chod oddělení, rozdělovala úkoly, zastávala kontrolní činnost, přidělovala odměny, udělovala tresty a proti jejímu verdiktu nebylo odvolání. V přeneseném slova smyslu je tento model v dnešní době aplikován na staniční či vrchní sestru a jim podřízené pracovníky.

Dalším způsobem vedení je demokratický typ, který předpokládá, že pod rozumným vedením pracují rozumní a odpovědní lidé, kteří si tuto práci vybrali a chtějí ji dělat. Zároveň vedoucí svým podřízeným dává určitou část odpovědnosti za konečný společný výsledek. Výhodou tohoto systému je větší pružnost, efektivita, přátelská, družná nálada na pracovišti a vyšší pocit soudržnosti a loajality. Je zde sice nebezpečí nekázně, zvláště pokud nemají pracovníci dostatečnou motivaci, ale i přesto je tento systém řízení uplatňován stále častěji pro své značné výhody. Týmy pracovníků, jež jsou demokraticky vedeny, vykazují lepší pracovní výkony a mají větší pocit loajality a soudržnosti. Nezbytným předpokladem demokratického řízení je otevřená komunikace, důsledné řešení problémů, pravdivost a otevřenost.

Poslední způsobem řízení je liberální typ, který je možný jen v případě, že se sejde vysoce motivovaný a kvalifikovaný tým. Vedoucí takového týmu pak předpokládá, že každý člen týmu ovládá danou problematiku jako on sám. Liberální typ vedení je ojedinělý, obvykle dlouho nefunguje a bývá později převeden na demokratický způsob, případně při možných krizích na autoritářsko-diktátorský typ vedení.

V každém ze zmíněných způsobů vedení je komunikace sestry s nadřízenými jiná. S tvrdě autoritativním vedením často bývá spojena podřízená pozice sestry a jejího nadřízeného s podobou dítěte pojednávajícího s rodičem. Sestra by se měla řídit zásadami asertivního chování a jednání. Tedy vždy si zachovávat sebeúctu, zdravé nepřebujelé sebevědomí a úctu nejen spolupracovnic, ale i nadřízených. Vrchní a staniční sestry by měly mít na mysli, že vždy je větším stimulem ve vztahu k jejich podřízeným pochvala než trest (Honzák, 2001).

Nadřízenou osobou pro sestru také lékař. Přestože hlavním a společným cílem lékařů a sester je pečovat o pacienta a nabízelo by se tedy, že jejich vztahy díky společnému záměru budou dobré, setkáváme se s řadou konfliktů mezi těmito dvěma zdravotnickými profesemi. Řada konfliktů nastává z důvodu vzájemného nepochopení rolí a střetu moderní medicíny s ošetřovatelstvím (Vízková, 2008).

V USA byla provedena studie zaměřená na spolupráci zdravotních sester a lékařů na JIP. Závěrem výzkumu, který byl realizován převážně pomocí dotazníků, byl fakt, že úroveň spolupráce mezi sestrami a lékaři má jednoznačný vliv na úmrtnost a délku pobytu pacientů na JIP. Z tohoto důvodu by mělo být zlepšování úrovně spolupráce mezi sestrami a lékaři součástí programů zvyšování kvality péče v každé nemocnici (Miller, 2001).

Sestra by měla úzce spolupracovat s lékařem, protože právě ona je ze všech zdravotnických pracovníků pacientovi nejbližší a tráví s ním nejvíce času. Zejména pak pokud se jedná o pacienta, kterému je poskytována dlouhodobá péče (Mařatová, Dobešová 2000). „Postupem času si sestra může najít k pacientovi přístup a vlídným chováním jej alespoň z části udržovat v dobrém psychickém stavu. V průběhu péče také postupně poznává jeho povahu a zvyky a je pro ni snazší monitorovat a uspokojovat jeho potřeby

(Mařátová, Dobešová 2000, str. 83).“

Sestry a lékaři se liší rozdílným přístupem k péči o pacienta, resp. mají odlišné hodnoty vztahující se k specifickým částem terapeutického procesu. Sestry mají holistický (celistvý) pohled na pacienta, kromě jeho biologických a psychických potřeb kladou důraz také na potřeby sociální a spirituální. Lékaři často upřednostňují pouze biologické potřeby pacienta. Dalším střetem mezi lékaři a sestrami může být skutečnost, že lékaři chápou ošetrovatelství jako pouze pomocnou disciplínu v péči o pacienta. Tento názor pak vede lékaře k tomu, že také sestra je pouhou pomocnicí, která je povinna plnit jeho příkazy a ordinace. Dochází tedy ke střetu odborností a kompetencí sester a lékařů. S tím souvisí také další vzdělávání sester v různých specializacích a zároveň jejich celoživotní vzdělávání. V dnešní době je stále více vysokoškolsky vzdělaných sester, které dále studují, apelují na vyšší kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků a pojmají ošetrovatelství jako samostatnou disciplínu. Lékaři se tak cítí ohroženi ztrátou svého výsadního postavení a sestry naopak prestiž svého povolání zvyšují (Vízková, 2008).

„Základem spolupráce při výkonu tohoto povolání je partnerství, přestože je to obecně známé a legislativa Evropské unie partnerství mezi sestrou a lékařem vyžaduje, praxe za tímto racionálním požadavkem mnohdy zaostává (Schaffelhoferová, 2009, s. 26).“

1.4.3 Vztah mezi sestrou a pacientem

Sestra sehrává v komunikaci s pacientem významnou roli, protože s pacientem tráví nejvíce času z celého ošetrovatelského týmu a díky tomu je schopna zaznamenat mnoho skutečností, o které jsou lékaři vzhledem ke své náplni práce ochuzeni. Nesprávná komunikace sestry s pacientem a jeho rodinou může vést k psychosomatické nepohodě nemocného a tím i ke snížení efektu poskytované péče. Zároveň tento druh konfliktů negativně ovlivňuje výkon profese sestry a vede až k oslabení sebedůvěry a vzniku syndromu vyhoření.

Konflikty mezi sestrou a pacientem dělíme dle manifestace nadávek do dvou skupin. Konflikty projevené navenek verbálně či jiným výrazným způsobem vznikají

střetem zájmů pacienta a sestry a jsou prezentovány především obhajobou vlastních práv, která se zdají být ohrožena či omezena. Konflikty neprojevené navenek zahrnují neshodu vědomě zakrývanou jednou či oběma stranami. Konflikt není nikdy jednostranný, vždy vzniká za účasti obou aktérů, kteří se však na daném střetu nemusí podílet stejnou měrou.

Konflikty způsobené sestrou mohou být dány verbálním nedorozuměním, kdy sestra nesprávně odhadne schopnost vnímání pacienta nebo hovoří na pacienta odbornými výrazy. Také nesprávné vyhodnocení psychických a fyzických možností pacienta může vést k udělení úkolu, který je nad rámec pacientových možností. Konflikty mohou vzniknout i patologickým postojem sestry a neuvědoměním si role. Tedy sestra je tu vždy pro pacienta, nikoli naopak. Sestra by zároveň měla předcházet nedorozumění tím, že respektuje a zbytečně nenarušuje soukromí pacienta, nevynucuje si za každou cenu určitý denní režim a je k pacientovi empatická. Podmínkou racionálního, holistického (celistvého) a zároveň vnímavého zhodnocení pacienta je bez pochyby celoživotní vzdělávání sestry a schopnost oddělení soukromého a profesního života.

Konflikty vyvolané pacientem jsou dány především neadekvátními požadavky, kterými pacient cíleně využívá ochoty sestry. Jedná se o vynucování služeb pacientem v oblastech potřeb, které si dokáže zajistit samostatně. V takovém případě je nutné, aby sestra pacienta ihned na danou skutečnost upozornila a aktivizovala ho. Každý pacient se na změněný stav vlastní osoby adaptuje jiným způsobem, proto se může stát, že sestra je terčem pacientovy zloby na nemoc, která ho postihla. Pacient se negativně může projevit také nedisciplinovaností a podceňováním role sestry.

Konflikty ve zdravotnickém prostředí jsou často podporovány špatnou organizací práce, nedostatečným materiálně-technickým vybavením, diagnózou pacienta či společenským hodnocením sester. V souvislosti s problematikou konfliktů mezi sestrou a pacientem je nutné si uvědomit jejich nevyhnutelnost a zároveň zbytečnost. Mnohým konfliktům se dá předcházet efektivní komunikací a aktivním nasloucháním (Macková, 2010).

2. Metodika

2.1 Cíl práce a hypotézy

Cílem práce bylo zmapovat problematiku psychické zátěže sester na odděleních intenzivní péče.

Bylo stanoveno těchto pět hypotéz:

H 1: Převážná většina sester na ARO/JIP pocítuje psychickou zátěž související s výkonem svého povolání.

H 2: Zdravotní sestry na ARO/JIP nejsou zařazovány v oblasti ošetrovatelské do rozhovoru s rodinou pacienta.

H 3: Zdravotní sestry na ARO/JIP označují kurzy dalšího vzdělávání jako nejvýznamnější způsob pomoci při zvládnání náročných situací provázejících jejich profesi.

H 4: Zdravotní sestry na ARO/JIP považují za významný faktor zátěže ošetrovatelskou péčí o umírajícího pacienta.

H 5: Zdravotní sestry na ARO/JIP považují za významný faktor zátěže vzájemné interpersonální konflikty.

2.2 Použité metody výzkumu

Byl realizován kvantitativní výzkum. Pro získání potřebných údajů byl použit dotazník (viz přílohu č. 2) a volný rozhovor.

V dotazníku respondenti označovali jednu odpověď z několika nabídnutých a zároveň měli možnost vyjádřit k určeným otázkám svůj vlastní postoj. Součástí dotazníku byla také tabulka dvaceti náročných situací, týkající se výkonu sesterské profese na odděleních IP. V dotazníku jsem použila 13 otázek a zmíněnou tabulku náročných situací s možností výběru v hodnotové škále 1-5. V úvodu dotazníku se respondenti vyjadřovali k základním identifikačním údajům týkajícím se pohlaví, věku a pracoviště.

Kvantitativnímu výzkumu předcházela pilotní studie formou rozhovoru s cílenou skupinou respondentů a zároveň rozdání předběžných dotazníků. Rozhovor byl volný,

zaměřený na téma psychická zátěž sester na oddělení IP. Předběžné dotazníky sloužily k ověření správného porozumění obsahu a k vyjádření případných nedostatků respondenty.

2.3 Organizace výzkumu

Výzkumný soubor tvořily zdravotní sestry na odděleních intenzivní péče, tedy na oborových jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO). Byly osloveny náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry příslušných klinik v 5 vybraných pražských nemocnicích fakultního typu, z nichž 4 souhlasily s realizací výzkumu. Jedna z nemocnic si nepřála být jmenována, proto je v práci uvedena jako Fakultní nemocnice X a souhlas s realizací výzkumu v této organizaci není z důvodu ochrany údajů obsažen v přílohách práce. (viz Příloha č. 1).

Dotazníky byly rozdány do Fakultní nemocnice v Motole, Fakultní Thomayerovy nemocnice, Fakultní nemocnice Na Bulovce a nejmenované pražské nemocnice fakultního typu (Fakultní nemocnice X). Rozmístění dotazníků na jednotlivá pracoviště je uvedeno v tabulkách pod tímto textem. Celkem bylo rozdáno 257 dotazníků. Vrátilo se 214 dotazníků, z nichž 4 byly vyřazeny pro neúplnost., takže konečný vzorek respondentů byl 210 (82 %). Po zpracování dat z dotazníků jsem z výsledků sestavila grafy a tabulky. Spolupráce s jednotlivými nemocnicemi při realizaci výzkumu byla dobrá.

FN v Motole		
	dotazníky	
oddělení IP	rozdané	vrácené
ARO	33	32
neurologická JIP	10	9
kardiologická JIP	20	12
metabolická JIP	10	8
celkem	73	61

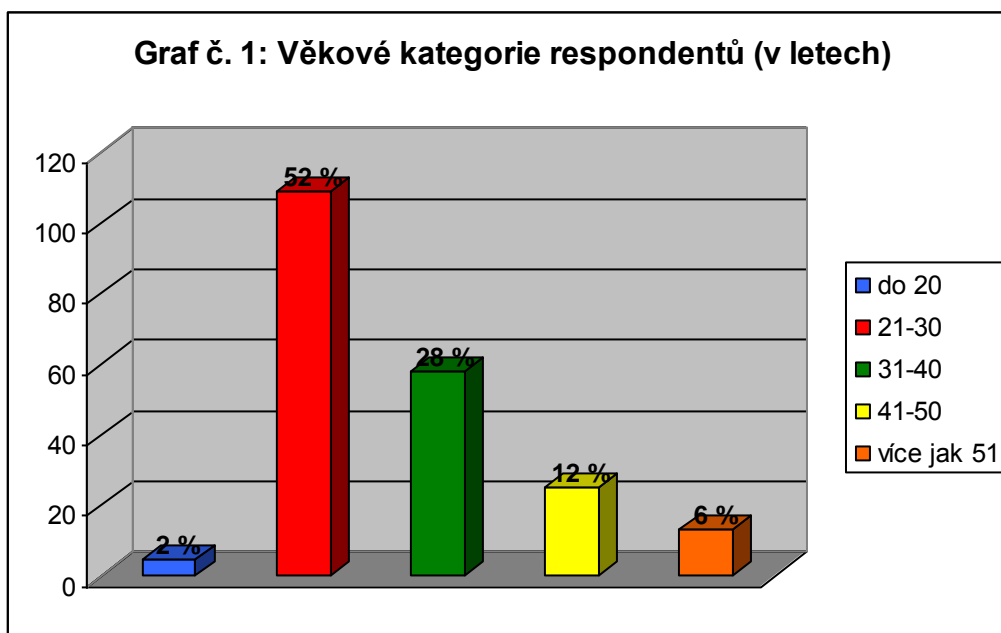
Fakultní Thomayerova nemocnice		
	dotazníky	
Oddělení IP	rozdané	vrácené
ARO	21	21
chirurgická JIP	20	14
urologická JIP	6	6
onkologická JIP	10	3
celkem	57	44

FN Na Bulovce		
	dotazníky	
Oddělení IP	rozdané	vrácené
ARO	20	19
urologická JIP	5	5
neurologická JIP	7	6
infekční JIP	20	18
gynekologická JIP	8	7
celkem	60	55

FN X		
	dotazníky	
Oddělení IP	rozdané	vrácené
ARO	20	18
metabolická JIP	20	20
neurochirurgická JIP	11	3
hematologická JIP	16	9
celkem	67	50

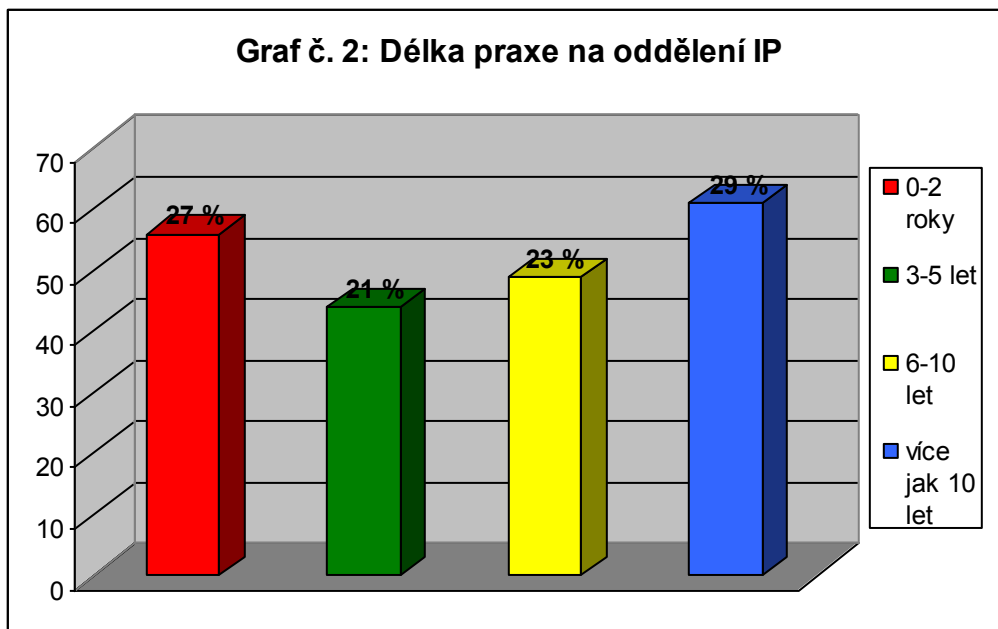
3. Výsledky

3.1 Základní charakteristiky zkoumaného souboru



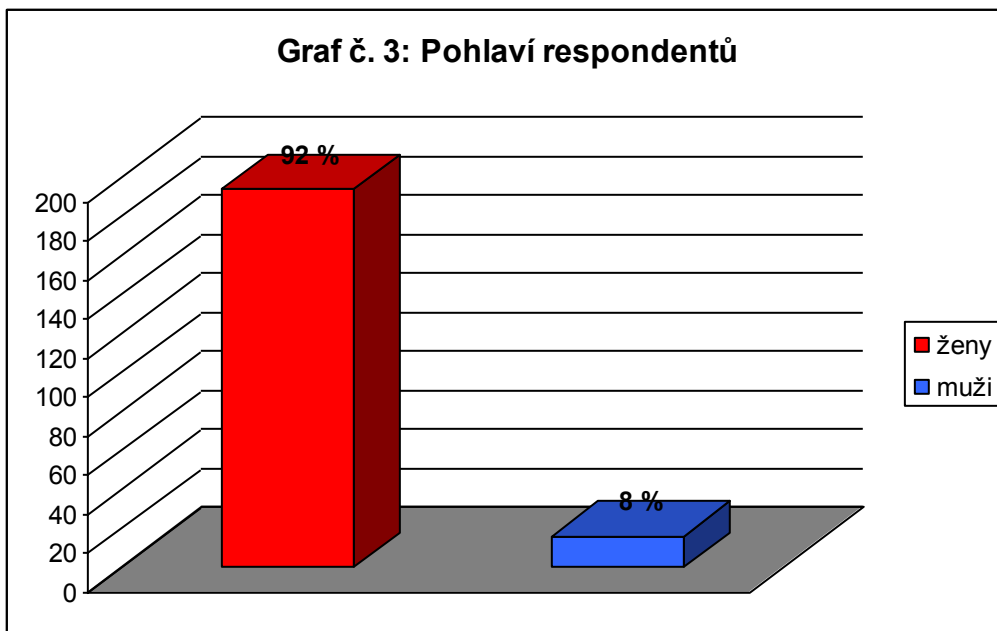
Mezi dotazovanými respondenty byla nejpočetněji zastoupena věková kategorie 21-30 let 109 sestrami (52 %). Naopak nejméně zastoupenou kategorií tvořili respondenti ve věkovém rozpětí do 20 let (2 %).

Zjistili jsme, že nejmladšímu respondentovi je 19 let a naopak nejstaršímu dotazovanému je 58 let. Průměrný věk respondentů činí 31,79 let.

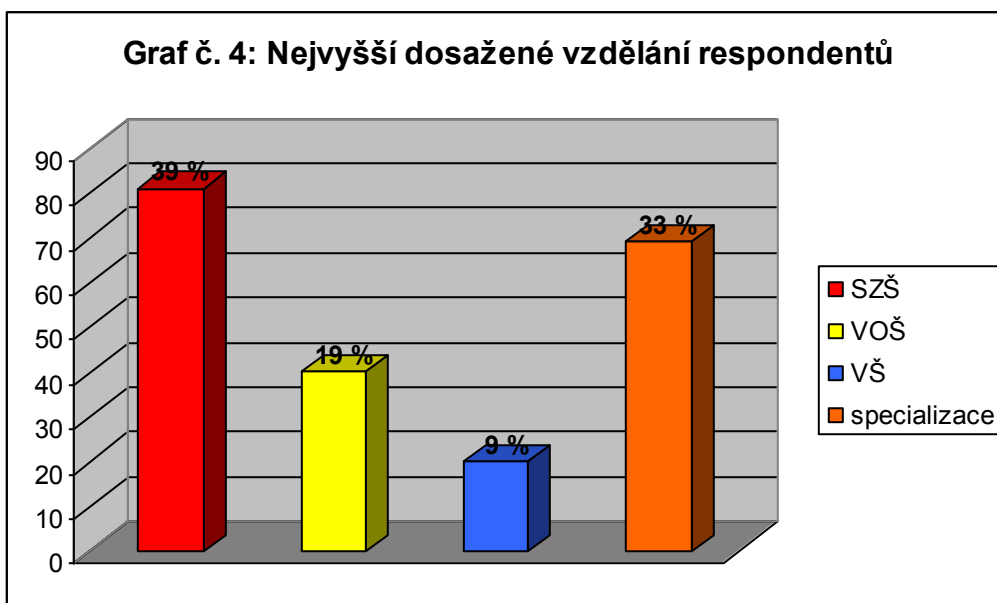


Jednotlivé časové úseky délky praxe sester na odděleních IP jsou zastoupeny v rozmezí od 21 % do 29 % dotazovanými respondenty.

Nejkratší délka praxe na odděleních IP u jednotlivých respondentů činí 1 měsíc. Nejdelší praxe dosahuje 34 let. Průměrná délka praxe respondentů je 7,61 let.

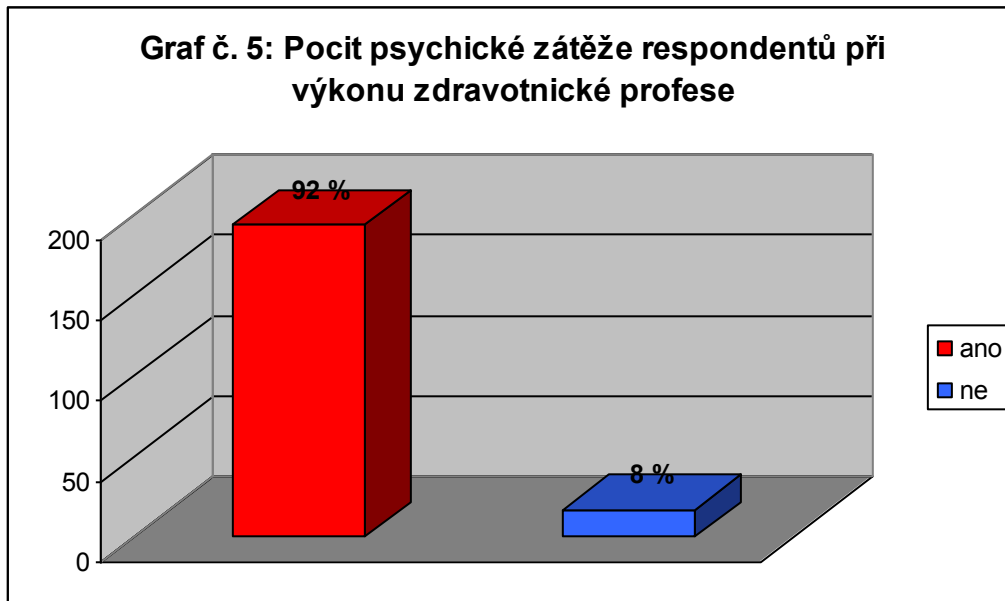


V celkovém počtu 210 respondentů je reprezentována převážná většina ženami (92 %).

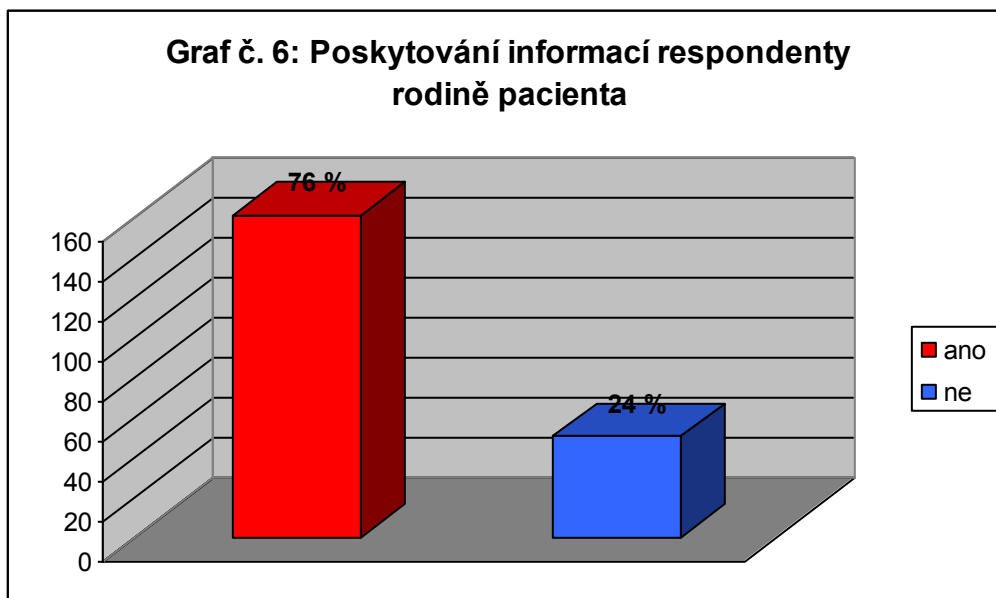


Nejvyšším dosaženým vzděláním sester na odděleních IP ve vybraných pražských nemocnicích je u 81 (39 %) respondentů SZŠ. Ostatní respondenti (61 %) mají některý z vyšších stupňů vzdělání.

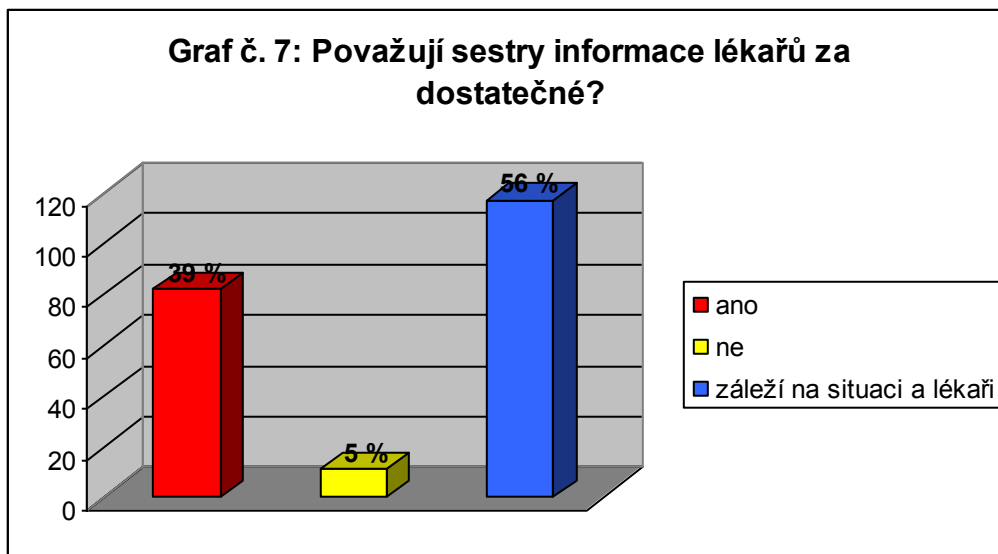
3.2 Hlavní výsledky



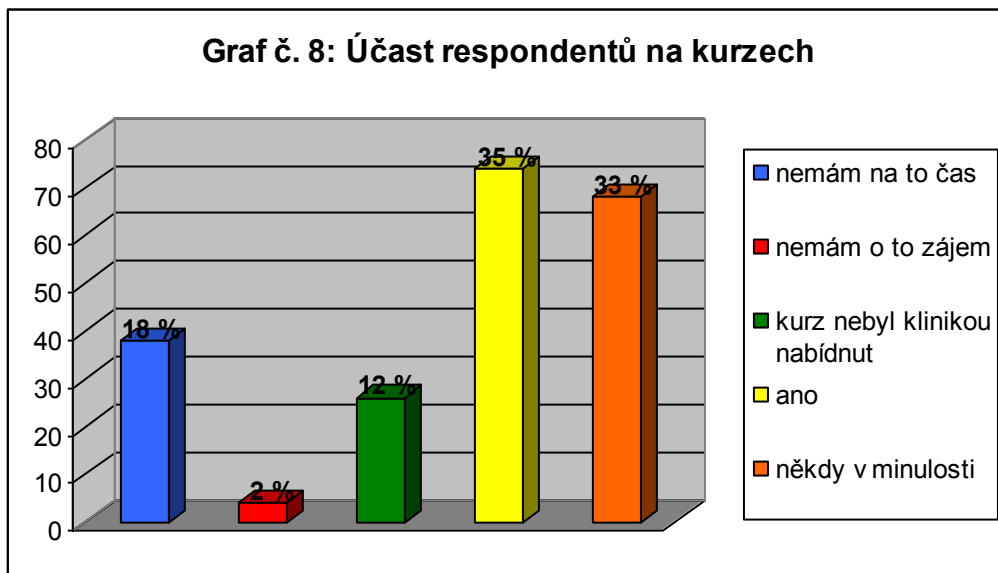
Pocit psychické zátěže při výkonu zdravotnické profese udává 193 sester (92 %).



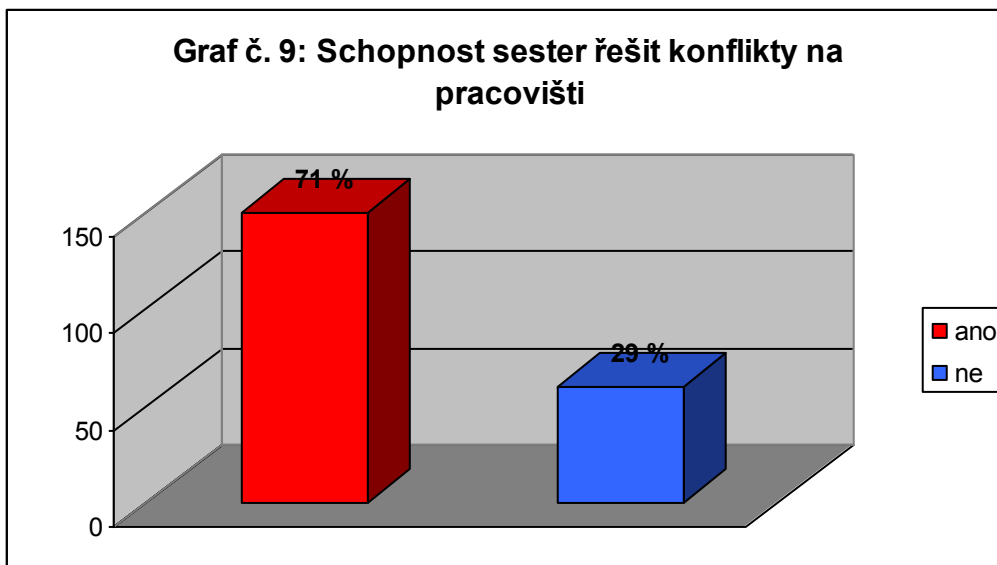
Informace o ošetrovatelské problematice týkající se pacienta poskytuje jeho rodině 76% dotazovaných.



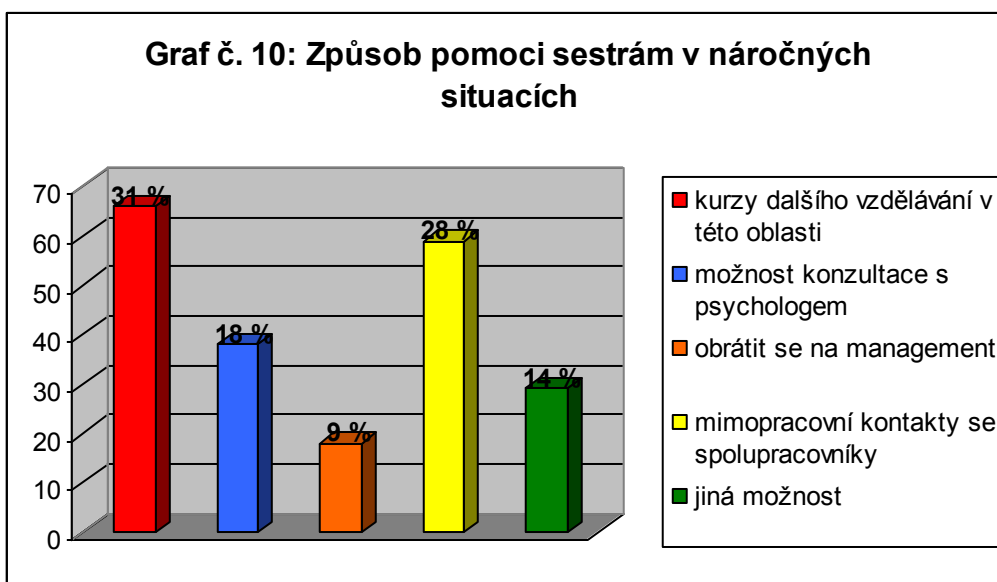
Sestry na odděleních IP ve vybraných pražských nemocnicích považují informace o zdravotním stavu pacienta poskytované lékařem ve více jak polovině případů za závislé na konkrétním lékaři a situaci. V pouhých 5 % případů jsou informace ze strany lékaře pokládány sestrou za nedostatečné.



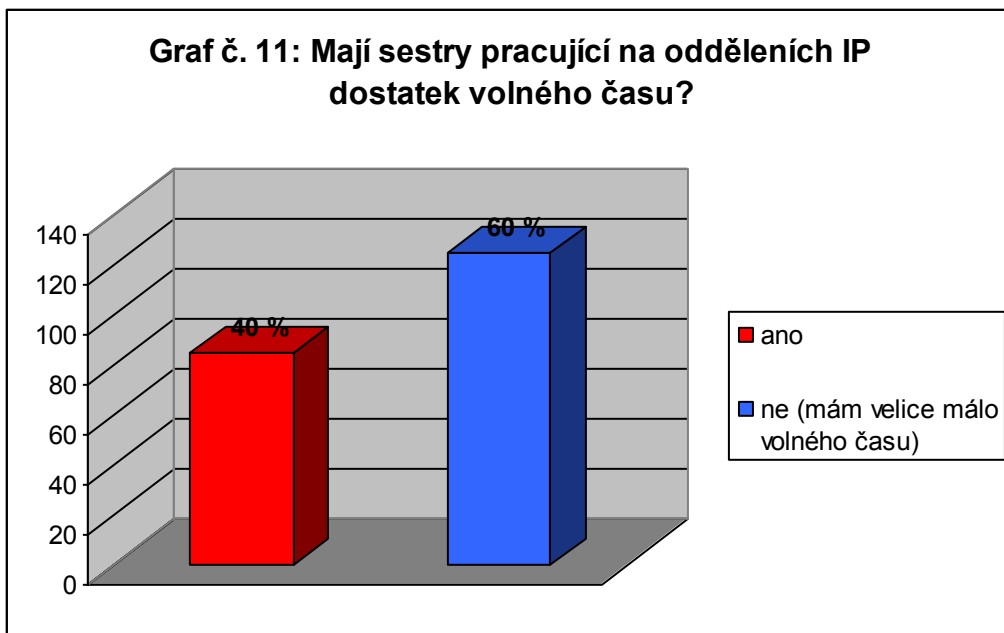
Kurzu v oblasti komunikace, duševní hygieny či zvládání stresových situací se účastnilo téměř ¼ dotazovaných. Zbylí respondenti ve většině případů na kurz nemají čas (18 %) či jim kurz nebyl pracovištěm nabídnut (12 %).



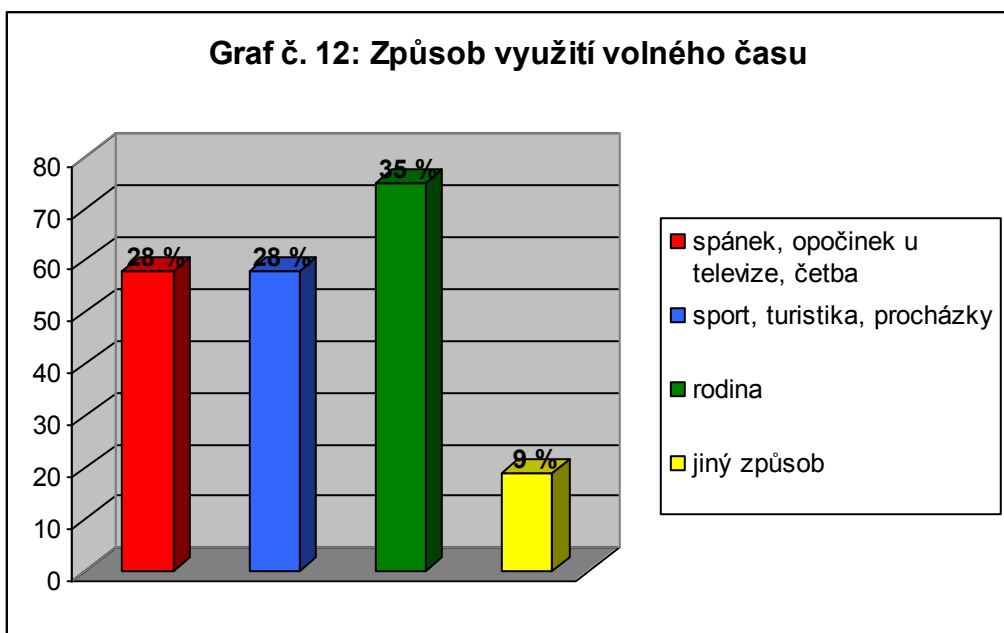
Sestry na odděleních IP ve vybraných pražských nemocnicích v převážné většině případů dokáží řešit vzniklé konflikty na pracovišti (71 %).



Sestry udávají jako nejvýznamnější způsob pomoci v řešení psychicky náročných situací na odděleních IP kurzy dalšího vzdělávání v této oblasti (31 %) a možnost mimopracovních kontaktů se spolupracovníky (28 %). Nejméně je pak zastoupena pomoc řešením situace ve spolupráci s managementem (9 %).

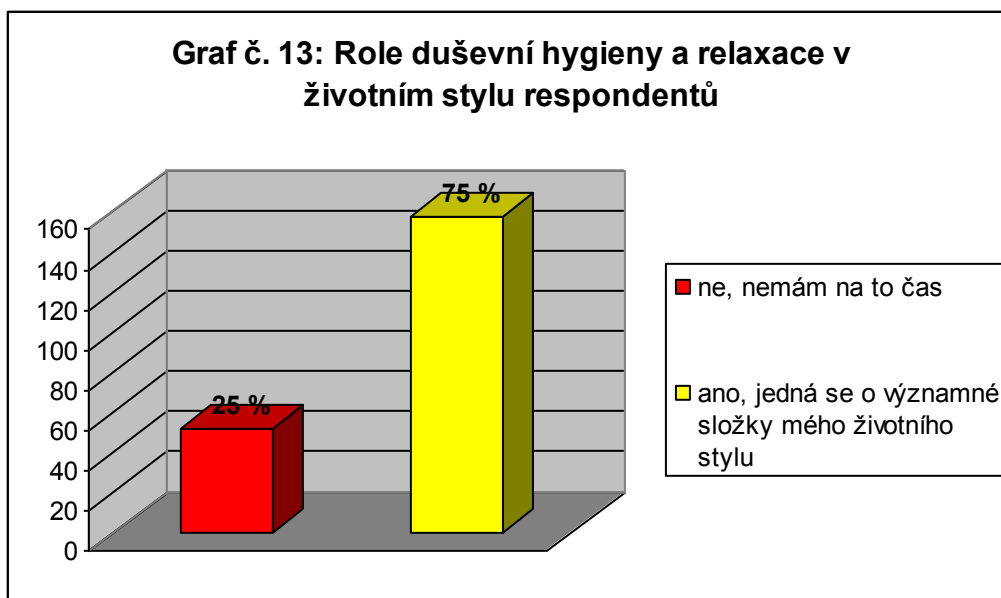


Respondenti se v 60 % případů vyslovují pro nedostatek volného času.



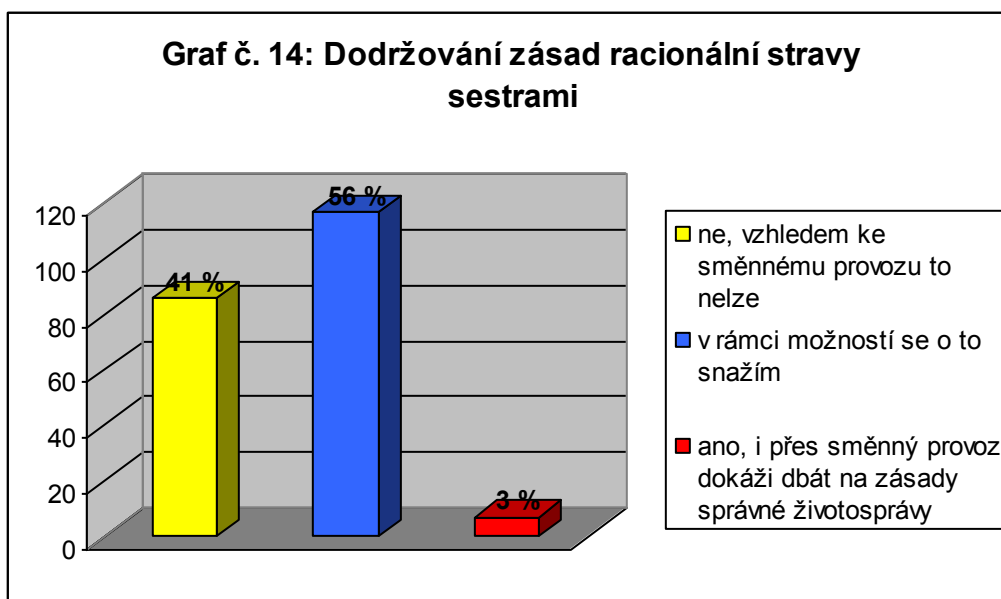
Sestry pracující na oddělení IP tráví nejvíce volného času s rodinou (35 %), mezi ostatní aktivity patří převážně sport (28 %) a opočiněk (28%).

Graf č. 13: Role duševní hygieny a relaxace v životním stylu respondentů



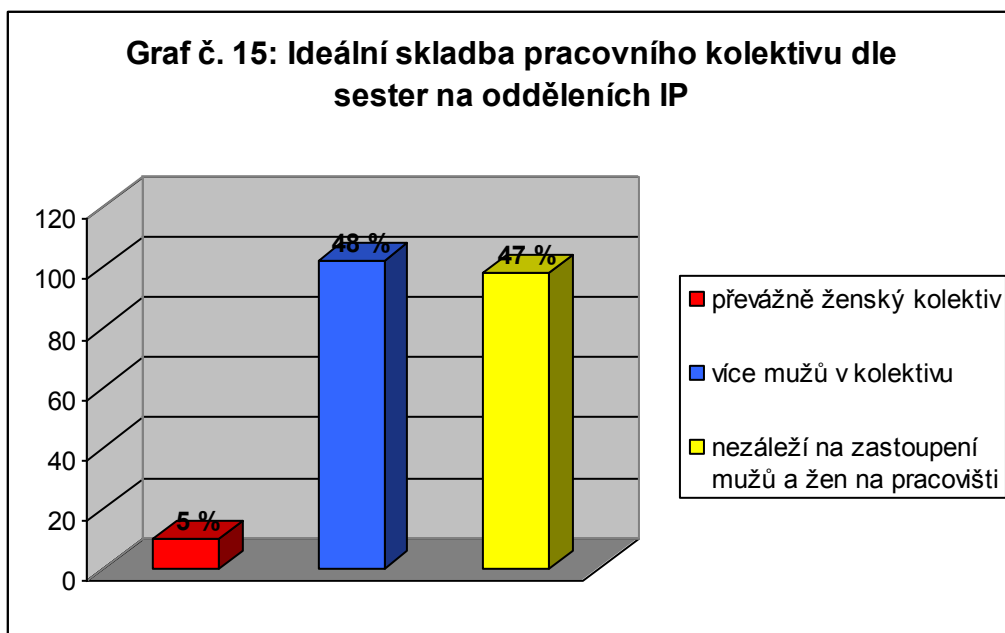
Duševní hygiena a relaxace hraje v životním stylu respondentů významnou roli. Tuto skutečnost potvrzuje 75 % dotazovaných.

Graf č. 14: Dodržování zásad racionální stravy sestrami



Více než polovina sester na odděleních IP se v rámci svých možností snaží vzhledem k směnnému provozu dodržovat zásady racionální stravy, 41% respondentů nedokáže tyto zásady v souvislosti se svou profesí dodržovat.

Graf č. 15: Ideální skladba pracovního kolektivu dle sester na odděleních IP



Respondenti se v necelé polovině případů vyslovují pro větší počet mužů na pracovišti (48 %). Pouze jedním procentem se pak liší vyjádření respondentů pro nedůležitost poměru mužů a žen v pracovním kolektivu (47 %).

Tabulka č. 1: Psychicky náročné situace na odděleních IP

psychicky náročné situace	oddělení IP
1. komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,91
2. projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,81
3. ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,75
4. časová tíseň při plnění pracovních úkolů	3,29
5. ošetřování umírajícího	3,26
6. frustrace sestry z nepříznivé prognózy pacienta	2,95
7. ošetřování pacienta s odpudivým vzhledem	2,66
8. noční služby	2,53
9. samostatné rozhodování – pocit zodpovědnosti	2,45
10. nedostatek teoretických znalostí	2,39
11. vedení dokumentace	2,35
12. směnný provoz	2,27
13. chování nadřízených sester	2,26
14. interpersonální vztahy (sestra x lékař)	2,21
15. vliv převážně ženského kolektivu na pracovišti	2,10
16. komunikace sestry s pacientem v bezvědomí	2,10
17. organizace práce	1,98
18. interpersonální vztahy (sestra x sestra)	1,91
19. práce s přístrojovou technikou	1,78
20. týmová práce, vzájemná spolupráce	1,63

psychicky nejnáročnější situace	oddělení IP
komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,91
projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,81
ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,75

psychicky nejméně náročné situace	oddělení IP
interpersonální vztahy (sestra x sestra)	1,91
práce s přístrojovou technikou	1,78
týmová práce, vzájemná spolupráce	1,63

Jednotlivé psychicky náročné situace jsou v tabulce č. 1 řazeny od vzestupných po sestupné průměrné hodnoty. Psychicky náročnější se staly situace týkající se péče o pacienta s vážným zdravotním postižením. Komunikace s rodinou vážně nemocného pacienta či pozůstalými je nejvýznamnějším faktorem psychické zátěže a poukazuje tak na nedostatek informovanosti sester v této problematice a nutnost absolvování kurzů zdravotnické komunikace a psychologické pomoci. Z nejnižších průměrných hodnot v tabulce lze usuzovat, že vztahy na pracovišti jsou velmi dobré a sestřím na odděleních IP ve vybraných pražských nemocnicích nečiní problém práce s přístrojovou technikou.

Tabulka č. 2: Psychicky náročné situace na odděleních IP podle délky praxe (v letech)

psychicky náročné situace	0-5	6 a více
1. ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,57	3,92
2. ošetřování pacienta s odporivým vzhledem	2,48	2,82
3. ošetřování umírajícího	3,29	3,25
4. projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,68	3,91
5. komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,91	3,97
6. komunikace sestry s pacientem v bezvědomí	1,93	2,23
7. frustrace sestry z nepříznivé prognózy pacienta	2,86	3,02
8. časová tíseň při plnění pracovních úkolů	3,29	3,38
10. interpersonální vztahy (sestra x sestra)	1,86	1,95
11. interpersonální vztahy (sestra x lékař)	2,12	2,30
12. chování nadřízených sester	2,24	2,27
13. vliv převážně ženského kolektivu na pracovišti	2,11	2,14
14. organizace práce	1,87	2,06
15. práce s přístrojovou technikou	1,85	1,72
16. směnný provoz	2,20	2,34
17. noční služby	2,28	2,73
18. samostatné rozhodování – pocit zodpovědnosti	2,53	2,31
19. nedostatek teoretických znalostí	2,56	2,29
20. vedení dokumentace	2,16	2,52

psychicky nejnáročnější situace	0-5	6 a více
komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,91	3,97
ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,57	3,92
projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,68	3,91

psychicky nejméně náročné situace	0-5	6 a více
práce s přístrojovou technikou	1,85	1,72
interpersonální vztahy (sestra x sestra)	1,86	1,95
organizace práce	1,87	2,06

Respondenti s kratší i delší praxí se shodují ve třech nejvíce a nejméně psychicky náročných situacích provázejících jejich působení na odděleních IP. Péče o pacienta v závažném stavu, pacienta trpícího a pacienta se změnou psychiky se tedy nestává méně náročná pro sestry s delší dobou praxe, kde by se toto vzhledem k adaptaci na profesi dalo předpokládat. Lze usuzovat, že délka praxe nemá velký vliv na změnu faktorů psychické zátěže či snížení jejich intenzity. Organizace práce a vztahy na pracovišti jsou vzhledem k délce praxe respondentů na dobré úrovni. Práci s přístrojovou technikou zvládají dobře služebně mladší i starší sestry.

Tabulka č. 3: Psychicky náročné situace na odděleních IP ve vybraných pražských nemocnicích

psychicky náročné situace	motol	krč	bulovka	nem. X
1. ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,92	3,82	3,76	3,48
2. ošetřování pacienta s odpudivým vzhledem	2,52	2,39	2,93	2,78
3. ošetřování umírajícího	3,02	3,20	3,56	3,28
4. projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,75	3,73	3,96	3,78
5. komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,70	3,84	3,89	4,24
6. komunikace sestry s pacientem v bezvědomí	1,84	2,02	2,31	2,26
7. frustrace sestry z nepříznivé prognózy pacienta	2,75	3,14	3,04	2,92
8. časová tíseň při plnění pracovních úkolů	3,20	3,11	3,42	3,42
9. týmová práce, vzájemná spolupráce	1,70	1,52	1,64	1,64
10. interpersonální vztahy (sestra x sestra)	2,16	1,80	1,89	1,74
11. interpersonální vztahy (sestra x lékař)	2,31	2,18	2,29	2,02
12. chování nadřízených sester	2,21	2,27	2,45	2,10
13. vliv převážně ženského kolektivu na pracovišti	2,13	2,00	2,20	2,06
14. organizace práce	1,93	2,09	1,87	2,04
15. práce s přístrojovou technikou	1,79	1,89	1,75	1,70
16. směnný provoz	2,25	2,20	2,31	2,30
17. noční služby	2,40	2,36	2,73	2,64
18. samostatné rozhodování – pocit zodpovědnosti	2,36	2,48	2,69	2,28
19. nedostatek teoretických znalostí	2,36	2,68	2,40	2,14
20. vedení dokumentace	2,43	2,50	2,33	2,16

psychicky nejnáročnější situace	motol	krč	bulov.	nem.X
komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,70	3,84	3,89	4,24
ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,92	3,82	3,76	3,48
projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,75	3,73	3,96	3,78

psychicky nejméně náročné situace	motol	krč	bulovka	nem.X
týmová práce, vzájemná spolupráce	1,70	1,52	1,64	1,64
práce s přístrojovou technikou	1,79	1,89	1,75	1,70
interpersonální vztahy (sestra x sestra)		1,80		1,74
organizace práce			1,87	
komunikace sestry s pacientem v bezvědomí	1,84			

Zdravotní sestry vybraných pražských nemocnic fakultního typu se shodují v určení tří psychicky nejnáročnějších situací, které soustředí do oblasti péče o pacienta na odděleních IP. Nejmenovaná Nemocnice X, stejně jako zbylé tři nemocnice, udává jako nejnáročnější moment komunikaci s rodinou závažně nemocného pacienta či pozůstalými. Avšak průměrná hodnota (4,24) této nemocnice je významně dominantní vzhledem k ostatním. Lze tedy říci, že sestry na vybraných odděleních IP v Nemocnici X mají značné problémy v komunikaci s rodinou pacienta. Sestry na odděleních IP ve čtyřech vybraných nemocnicích shodně udávají velice dobrou úroveň týmové práce a vzájemné spolupráce. Pouze pro respondenty z FN v Motole je jednou z nejméně psychicky zatěžující složkou profese komunikace s pacientem v bezvědomí, což může svědčit o dobré připravenosti sester v celkové specifické péči o pacienta na oddělení IP.

Tabulka č. 4: Psychicky náročné situace na odděleních IP podle věkových kategorií (v letech)

psychicky náročné situace	20-30	31 a více
1. ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,71	3,80
2. ošetřování pacienta s odpudivým vzhledem	2,47	2,89
3. ošetřování umírajícího	3,21	3,36
4. projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,72	3,92
5. komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,91	3,95
6. komunikace sestry s pacientem v bezvědomí	1,86	2,38
7. frustrace sestry z nepříznivé prognózy pacienta	2,84	3,04
8. časová tíseň při plnění pracovních úkolů	3,20	3,52
9. týmová práce, vzájemná spolupráce	1,58	1,73
10. interpersonální vztahy (sestra x sestra)	1,87	1,98
11. interpersonální vztahy (sestra x lékař)	2,12	2,33
12. chování nadřízených sester	2,18	2,37
13. vliv převážně ženského kolektivu na pracovišti	2,14	2,11
14. organizace práce	1,90	2,03
15. práce s přístrojovou technikou	1,89	1,69
16. směnný provoz	2,25	2,24
17. noční služby	2,46	2,60
18. samostatné rozhodování – pocit zodpovědnosti	2,46	2,33
19. nedostatek teoretických znalostí	2,52	2,25
20. vedení dokumentace	2,37	2,37

psychicky nejnáročnější situace	20-30	31 a více
komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,91	3,95
ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,71	3,80
projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,72	3,92

psychicky nejméně náročné situace	20-30	31 a více
práce s přístrojovou technikou		1,69
interpersonální vztahy (sestra x sestra)	1,87	1,98
týmová práce, vzájemná spolupráce	1,58	1,73
komunikace sestry s pacientem v bezvědomí	1,86	

Věk respondentů na odděleních IP ve vybraných nemocnicích neovlivňuje míru adaptace na péči o pacienta v kritickém stavu. Týmová práce a interpersonální vztahy mezi sestrami jsou nejméně zatěžující složkou sesterské profese u mladších i starších respondentů. Tento fakt svědčí pro nezávislost pracovních vztahů na věku respondentů. Pro starší sestry je nejméně náročná práce s přístrojovou technikou, což se dá vzhledem k věku přičítat absolvování adaptačního procesu a vlivu praxe.

Tabulka č. 5: Psychicky náročné situace na odděleních IP podle typu oddělení IP

psychicky náročné situace	ARO	JIP
1. ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,63	3,83
2. ošetřování pacienta s odpudivým vzhledem	2,45	2,82
3. ošetřování umírajícího	3,22	3,29
4. projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,70	3,89
5. komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	4,03	3,82
6. komunikace sestry s pacientem v bezvědomí	1,78	2,33
7. frustrace sestry z nepříznivé prognózy pacienta	2,74	3,10
8. časová tíseň při plnění pracovních úkolů	3,02	3,49
9. týmová práce, vzájemná spolupráce	1,54	1,70
10. interpersonální vztahy (sestra x sestra)	1,97	1,86
11. interpersonální vztahy (sestra x lékař)	2,04	2,33
12. chování nadřízených sester	2,14	2,35
13. vliv převážně ženského kolektivu na pracovišti	2,11	2,10
14. organizace práce	1,95	1,99
15. práce s přístrojovou technikou	1,76	1,78
16. směnný provoz	2,30	2,26
17. noční služby	2,37	2,65
18. samostatné rozhodování – pocit zodpovědnosti	2,27	2,58
19. nedostatek teoretických znalostí	2,31	2,44
20. vedení dokumentace	2,38	2,33

psychicky nejnáročnější situace	ARO	JIP
komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	4,03	3,82
ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,63	3,83
projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,70	3,89

psychicky nejméně náročné situace	ARO	JIP
týmová práce, vzájemná spolupráce	1,54	1,70
práce s přístrojovou technikou	1,76	1,78
interpersonální vztahy (sestra x sestra)		1,86
komunikace sestry s pacientem v bezvědomí	1,78	

Respondenti, kteří pracují na ARO jako nejvýznamnější faktor psychické zátěže označují komunikaci s rodinou pacienta a pozůstalými. V případě JIP je tato složka s určitým odstupem až na druhém nejvýznamnějším místě. Toto zjištění je odůvodněno skladbou pacientů na jednotlivých odděleních a prognózou jejich stavu. Na ARO i JIP nečiní sestrám problémy práce s přístrojovou technikou a týmová práce. Na ARO je jako téměř nezátěžující označena komunikace s pacientem v bezvědomí, což zřejmě vychází z velké četnosti výskytu poruch vědomí u pacientů hospitalizovaných na ARO.

6. Tabulka dle vzdělání SZŠ X vyšší typ vzdělání

psychicky náročné situace	SZŠ	vyšší
1. ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,58	3,84
2. ošetřování pacienta s odpudivým vzhledem	2,46	2,81
3. ošetřování umírajícího	3,17	3,40
4. projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,77	3,78
5. komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,79	3,95
6. komunikace sestry s pacientem v bezvědomí	2,15	2,06
7. frustrace sestry z nepříznivé prognózy pacienta	2,85	3,03
8. časová tíseň při plnění pracovních úkolů	3,26	3,35
9. týmová práce, vzájemná spolupráce	1,72	1,62
10. interpersonální vztahy (sestra x sestra)	1,93	1,93
11. interpersonální vztahy (sestra x lékař)	2,23	2,12
12. chování nadřízených sester	2,64	2,25
13. vliv převážně ženského kolektivu na pracovišti	2,07	2,18
14. organizace práce	2,07	1,96
15. práce s přístrojovou technikou	1,91	1,64
16. směnný provoz	2,15	2,35
17. noční služby	2,42	2,66
18. samostatné rozhodování – pocit zodpovědnosti	2,42	2,36
19. nedostatek teoretických znalostí	2,59	2,29
20. vedení dokumentace	2,22	2,40

psychicky nejnáročnější situace	SZŠ	vyšší
komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu/pozůstalými	3,79	3,95
ošetřování pacienta se změnou psychiky	3,58	3,84
projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)	3,77	3,78

psychicky nejméně náročné situace	SZŠ	vyšší
práce s přístrojovou technikou	1,91	1,64
interpersonální vztahy (sestra x sestra)	1,93	1,93
týmová práce, vzájemná spolupráce	1,72	1,62

Téměř stejně náročná je pro sestry se středoškolským i vyšším vzděláním péče o kriticky nemocného pacienta a komunikace s jeho rodinou. Také nejméně náročné momenty sesterské profese se vzhledem k vzdělání respondentů neliší.

4. Diskuse

Psychická i fyzická zátěž je fenomén, který můžeme reálně zakomponovat do minulého, současného i budoucího vývoje profese zdravotní sestry. Jedná se o skutečnost, která nemění svou intenzitu. Záleží však na postoji jednotlivých nositelů tohoto povolání k vzniklé zátěži, na úrovni týmové práce a interpersonálních vztahů na pracovišti a v neposlední řadě také na rodinném zázemí každého z nás. Nedílnou součástí prevence vzniku psychického i fyzického vyčerpání je odpočinek, aktivní i pasivní relaxace, duševní hygiena a dodržování zásad racionální stravy.

Prostřednictvím diplomové práce jsem se pokusila nahlédnout do života sester na odděleních intenzivní péče (IP), tedy na oborových jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO). Zajímalo, mě jakou roli v profesi sestry hraje psychická zátěž a co je její nejčastější příčinou. Podstatným ukazatelem spokojenosti sester na odděleních IP se pro mě stalo posouzení vztahů na pracovišti nejen mezi sestrami navzájem, ale i mezi sestrami a lékaři. Chtěla jsem zjistit, co by sestram dle jejich názoru pomohlo při zvládnání psychicky náročných situací provázejících jejich každodenní praxi.

Průměrná délka praxe dotazovaných činila 7,61 let (viz grafy č. 1, 2). Toto zjištění dokládá fluktuaci sester a častou změnu pracovního místa. Zejména oddělení IP inklinují vzhledem k prognosticky nepříznivé skladbě hospitalizovaných pacientů k rozvoji psychického vyčerpání a syndromu vyhoření, což následně vede k nutnosti změnit pracoviště či povolání. Tato skutečnost je ve shodě s autorkou Zacharovou, která označuje za projevy syndromu vyhoření zdravotníků zklamání z pracovního prostředí, izolovanost a neschopnost jednat i v jednoduchých pracovních situacích. Výsledkem je snížení pracovního výkonu a zároveň značné omezení významu a smyslu práce.

V celkovém počtu 210 respondentů byla reprezentována převážná většina ženami (92 %). S tímto faktem souvisí také přání téměř poloviny dotazovaných zvýšit zastoupení mužů v pracovním kolektivu na odděleních IP (viz grafy č. 3, 15). Dle Sýkorové je převážně ženský kolektiv značně rizikový pro vznik otevřených konfliktů. Příčinami neshod mezi ženami na pracovišti jsou často závist a škodolibost, která může vést k

rozdělení kolektivu na několik podskupin. S autorkou plně souhlasím a domnívám se, že je výhodnější, pokud je v kolektivu více mužů. Pohlaví určuje rozličnost postojů, schopností i vnímání mužů a žen. Je tedy dle mého názoru žádoucí, aby se tyto aspekty v pracovním kolektivu kombinovaly.

Vzdělání sester pracujících na odděleních IP je v 39% střední zdravotnické, zbytek dotazovaných má některé z vyšších typů zdravotnického vzdělání (viz graf č. 4) Domnívám se, že vzdělávání zdravotních sester souvisí s legislativními změnami, požadavky na znalosti sester, s nutností registrace nelékařských zdravotnických povolání, postojem společnosti a managementu nemocnice, ale i s dalšími faktory. Celoživotní vzdělávání sester je podle mého názoru nezbytným předpokladem pro dobrou úroveň péče o pacienta a zároveň se stává nutným prvkem pracovní seberealizace sestry.

Pocit psychické zátěže při výkonu zdravotnického povolání udává 92 % sester (viz graf č. 5) Někteří autoři potvrzují úděl specifických požadavků na nositele povolání, jejichž cílem a náplní je pomoc těm, kteří ji potřebují nebo vyžadují. Psychická zátěž je dle mého názoru složka, která doprovází výkon profese sestry a nelze ji vytěsnit. Samozřejmě však záleží na tom, v jakém psychickém a fyzickém stavu se tomuto nelehkému údělu sestry postaví a zda mají podporu v pracovním i osobním životě. Souhlasím tedy s názorem autorky Šusterové, která zdůrazňuje psychickou i fyzickou odolnost jedince, který je v každodenním styku s lidským utrpením, jako prevenci vzniku emocionálního stresu a následně závažného psychosomatického dopadu na zdraví.

Jedním z členů ošetřujícího týmu je také lékař. Protože hlavním a společným cílem lékařů a sester je pečovat o pacienta, nabízelo by se tedy, že jejich vztahy díky společnému záměru budou dobré. Přesto se setkáváme s řadou konfliktů mezi těmito dvěma zdravotnickými profesemi. Souhlasím s Vizkovou, která za příčinu řady konfliktů mezi lékaři a sestrami považuje vzájemné nepochopení rolí a střet moderní medicíny s ošetrovatelstvím. Myslím si, že sestra a lékař by měli pracovat jako rovnocenní partneři a je důležité, aby lékař sestru plně zapojil do celkové péče o pacienta. Tím mám na mysli, že je vhodné, aby sestra informovala rodinu pacienta společně s lékařem po stránce

ošetřovatelské péče o pacienta a zároveň, aby se jí od lékaře dostalo dostatek informací o stavu pacienta. Domnívám se, že sestra tak může poskytovat vzhledem k dostatečné informovanosti kvalitní péči pacientovi a zároveň navázat vztah s jeho rodinou, z čehož může profitovat ošetřující personál, pacient i jeho blízcí. U dotazovaných respondentů bylo zjištěno, že 76 % z nich poskytuje informace rodině pacienta týkající se ošetřovatelské problematiky. Úroveň informovanosti ze strany lékaře hodnotily sestry ve více než polovině případů jako závislé na konkrétním lékaři a situaci (viz grafy č. 6, 7). Je uspokojivé, že velká většina respondentů je zapojována do spolupráce s blízkými pacienta. Informace ze strany lékaře by však dle mého názoru neměly být závislé na jeho osobě a situaci. Není vhodné, aby míra informovanosti byla ovlivněna osobními postoji a náladou lékaře a ohrozila tak kvalitu péče o pacienta.

Prevence je základem zvládnutí psychicky náročných situací provázejících profesi sestry. Proto mě zajímalo, zda se sestry účastnily nějakého kurzu zaměřeného na zvládnutí psychicky náročných situací a duševní hygienu. Účast tří čtvrtin respondentů na odborných kurzech je nepochybně uspokojivá, nicméně se domnívám, že i tak je třeba situaci nepodceňovat a účast na kurzech aktivně opakovat. Přibližně třetina sester totiž udává jako způsob pomoci ve zvládnutí psychicky náročných situací kurzy dalšího vzdělávání v této oblasti. Mimopracovní kontakty se spolupracovníky by jako výhodné vidělo 28 % respondentů. Nejméně je pak zastoupena pomoc řešením situace ve spolupráci s managementem (viz grafy č. 8, 10).

Sestry na odděleních IP ve vybraných pražských nemocnicích v převážné většině případů dokážou řešit vzniklé konflikty na pracovišti (71 %). Jako způsob řešení udávají především klidnou komunikaci, vyjasnění problémů, stanovení aktivního řešení a kompromisu (viz graf č. 9). Ztotožňuji se s názorem autorek Špatenkové a Králové, které zdůrazňují výskyt konfliktů zejména u pracovníků na odděleních intenzivní péče. Příčina vzniku konfliktů je z velké části tvořena stresovým prostředím, situacemi na hraně mezi životem a smrtí a činěním rozhodnutí, která zásadním způsobem mění život pacienta i jeho rodiny. Problémem, který vyvstává v souvislosti s konfliktem, není vyloučení vzniku

daného střetu, ale umění naučit se jeho řešení. Pokud si jedinec tuto dovednost osvojí, posílí svůj osobnostní růst a nastane upevnění vzájemných kolegiálních vztahů. Bez kompromisů, vzájemného pochopení a spolupráce se nelze úspěšně věnovat svému povolání.

Respondenti v 60 % případů konstatují nedostatek volného času. Volný čas, který mají, věnují především rodině, odpočinku a sportovním aktivitám. Více než polovina sester na odděleních IP se v rámci svých možností snaží vzhledem ke směnnému provozu dodržovat zásady racionální stravy. I přes nedostatek volného času pro tři čtvrtiny respondentů hraje duševní hygiena významnou roli (viz grafy č. 11, 12, 13, 14). Zdraví je nejcennější hodnotou života každého člověka, odráží jeho jedinečnost, genetickou výbavu, ale i prostředí, kde žije. Přikláním se k tvrzení Šišlákové, která udržování duševního a tělesného zdraví pokládá za významný cíl směřující ke kvalitnímu životu. K psychické pohodě vede zdravý životní styl, nalezení rovnováhy v rodinných vztazích, tělesná pohoda a aktivní společenský život. Přesto, že respondenti konstatují nedostatek volného času, je důležité, aby i zde našli alespoň malou chvíli sami pro sebe.

Dle výsledků zhodnocení zátěže sester v jednotlivých situacích jsem zjistila, že nejvíce náročná je pro respondenty péče o kriticky nemocného pacienta, pacienta se změnou psychiky a komunikace s rodinou vážně nemocného či pozůstalými. Přitom tyto údaje nejsou závislé na délce praxe, věku, vzdělání, typu oddělení IP ani na nemocnici. Je pozoruhodné, že adaptace sester na pracovní prostředí a náplň práce neovlivňuje posun v hodnocení psychicky náročných situací respondenty. S poměrně velkou průměrnou hodnotou stupně zátěže jsem se setkala také u oblasti časové tísně při plnění úkolů. Příčinu jsem se dozvěděla z doplňující otázky v závěru dotazníku, která vybízela respondenty pro volné vyjádření k dané problematice. Respondenti zde oznamovali nedostatek personálu oddělení, kde pracují. Dle jejich slov sestry mají svěřeno více pacientů, musí zvládat více pracovních úkonů za krátký časový úsek, slouží přesčasy a vzhledem k zvýšenému vyčerpání pak snadno dělají chyby a ohrožují tak pacienta. Domnívám se, že v takových situacích by nepochybně měl zasáhnout management zajištěním dostatečného personálního

obsazení pracoviště nebo snížením počtu lůžek na oddělení. Na 11. místě mezi 20 psychicky náročnými situacemi se vyskytlo vedení dokumentace. K této oblasti se sestry vyjadřovaly také v závěrečné volné otázce dotazníku. Sestry jsou nespokojeny s přibývajícím dokumentací a mají pocit, že zanedlouho budou více času věnovat dokumentaci než pacientovi. Jednoznačně jsem pro zjednodušení dokumentace, ale zároveň uznávám její důsledné vedení, protože se jedná o důležitý doklad péče o pacienta. Naopak nejméně zatěžující se pro respondenty stala týmová práce a interpersonální vztahy mezi sestrami. Očekávala jsem, že spolupráce na pracovišti bude patřit mezi obtížněji zvládnuté situace a interpersonální vztahy budou druhou nejvýznamnější příčinou psychické zátěže sester, jak předpokládám v hypotéze č. 5. Posledním ze tří nejméně zatěžujících momentů se stala práce s přístrojovou technikou. Tato skutečnost nepochybně vychází z každodenní manipulace sester s mnoha typy přístrojů. Organizace práce a komunikace s pacientem v bezvědomí dosáhly také nižších průměrných hodnot v pětistupňové škále psychické zátěže (viz tabulka 1-6).

5. Závěr

Cílem práce bylo zmapovat psychickou zátěž zdravotních sester na odděleních intenzivní péče. Pro práci jsme stanovili následující hypotézy:

H 1: Převážná většina sester na ARO/JIP pocítuje psychickou zátěž související s výkonem svého povolání.

H 2: Zdravotní sestry na ARO/JIP nejsou zařazovány v oblasti ošetrovatelské do rozhovoru s rodinou pacienta.

H 3: Zdravotní sestry na ARO/JIP označují kurzy dalšího vzdělávání jako nejvýznamnější způsob pomoci při zvládnání náročných situací provázejících jejich profesi.

H 4: Zdravotní sestry na ARO/JIP považují za významný faktor zátěže ošetrovatelskou péčí o umírajícího pacienta.

H 5: Zdravotní sestry na ARO/JIP považují za významný faktor zátěže vzájemné interpersonální konflikty.

Realizovali jsme kvantitativní výzkum. Použili jsme dotazník, který byl určen zdravotním sestrám na odděleních intenzivní péče. Rozdali jsme 257 dotazníků. Návratnost byla 210 dotazníků (82 %), které bylo možné použít ke zpracování. Spolupráce s managementem nemocnic byla uspokojivá. Průměrný věk respondentů činil 31,79 let. Průměrná délka praxe dosahovala 7,61 let. Respondenti byli v 92 % ženského pohlaví. 61 % respondentů mělo vyšší typ vzdělání, zbytek střední zdravotnické vzdělání.

Z výsledků uvádíme následující. Psychicky nejvíce zatěžující situací se pro sestry stala komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu či pozůstalými s výsledkem průměrné hodnoty 3,91 (rozsah stupnice 1-5). Také péče o pacienta trpícího a pacienta se změnou psychiky se ukázala jako náročná hodnotami 3,81 a 3,75 (rozsah stupnice 1-5). Naopak nejméně zatěžující je týmová práce a vzájemná spolupráce s výsledkem průměrné hodnoty 1,63 (rozsah stupnice 1-5). Psychickou zátěž při výkonu povolání udává 92 % respondentů. 71 % sester je schopno řešit vzniklé konflikty na pracovišti. Informace týkající se ošetrovatelské problematiky poskytuje rodině pacienta 76 % sester. Sestry považují informace lékaře v 56 % případů za závislé na konkrétním lékaři a situaci.

Domnívám se, že sestry na odděleních intenzivní péče by měly být vzdělávány v oblasti komunikace, duševní hygieny a zvládnání stresových situací. Bez pochyby je vhodná také pomoc psychologa a mimopracovní kontakty se spolupracovníky. Toto zjištění zároveň dokládá zájem respondentů o různé alternativy pomoci při zvládnání zátěžových situací. Management jednotlivých pracovišť by měl dbát na dostatečné personální obsazení a úměrné zastoupení hospitalizovaných pacientů a počtu sester. Z tohoto záměru pak mohou profitovat všechny zúčastněné strany. Pacientovi bude poskytnuta kvalitní péče, sestry nebudou přetěžovány přesčasy a nedostatkem času při plnění pracovních úkolů a management bude úspěšně plnit záměr dané organizace.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena. Hypotézy č. 2 až 5 potvrzeny v rámci provedeného výzkumu nebyly. Cíl práce byl splněn.

Výsledky výzkumu budou v případě zájmu poskytnuty jednotlivým nemocnicím a mohou tak sloužit k realizaci opatření, které sníží míru psychické zátěže sester na odděleních IP.

6. Seznam použité literatury

1. AUTOR NEUVEDEN. Relatives of ICU patients want more information and emotional support from staff . *Hospitals & Health Networks* roč. 82, č. 1 (2008),s. 57. ISSN 1068-8838
2. BÁRTLOVÁ, S. JOBÁNKOVÁ, M. Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích. *Sestra*, roč. 11, č. 7/8 (2001), s. 78-79. ISSN 1210-0404
3. BEZVODOVÁ, V. Ochrana a bezpečnost zdraví sestry na ARO a JIP. *Ošetrovatelství*, roč. 6, č. 1/2 (2004), s.46-50. ISSN 1212-723X
4. BODSKÁ, M. et al. Psychická zátěž nelékařských pracovníků v intenzivní medicíně (XII. dny intenzivní medicíny. Kroměříž 2005, 8 – 10. června). *Ročenka intenzivní medicíny 2005* (2005), s. 253-255.
5. CVEKOVÁ, L. HALUZÍKOVÁ, J. Komunikace s pacientem v bezvědomí. *Diagn. ošetrovatel.*, roč. 2, č. 4 (2006), s. 179-180. ISSN 1801-1349
6. DRÁBKOVÁ, J. Etické aspekty v intenzivní medicíně. *Ref. Výb. Anest. Resuscit.*, roč. 46, č. 1 (1999), s. 60-62. ISSN 1212-3048
7. DRÁBKOVÁ, J. Umění naslouchat a komunikovat v urgentní a intenzivní medicíně. *Ref. Výb. Anest. Resuscit.*, roč. 54, č. 2 (2007), s. 110-112. ISSN 1212-3048
8. ELIÁŠOVÁ, B. Jak hovořit s pacienty a rodinami při dlouhodobé a nepříznivé prognóze? *Sestra*, roč. 14, č. 5 (2004). ISSN 1210-0404
9. GULÁŠOVÁ, I. ŠURÁNIOVÁ, H. Stresové faktor posobiace na prácu sestry na jednotke intenzivnej starostlivosti. *Kontakt*, roč. 6, č. 1 (2004), s. 9-25. ISSN 1212-4117
10. HLINOVSKÁ, J. Proč vlastně chci být sestrou. *Sestra*, roč. 18, č. 6 (2008) s. 24-25. ISSN 1210-0404
11. HONZÁK, R. et al. *Základy psychologie*. Praha: Galén, Karolinum, 2006 (132 s.). ISBN (Galén) 80-7262-377-X, ISBN (Karolinum)80-246-1138-4

12. HONZÁK, R. Burnout syndrom. *Sestra*, roč. 18, č. 4 (2008) s. 27-28. ISSN 1210-0404
13. HONZÁK, R. PFEFFEROVÁ, E. O umírání v Česku (nejen monolog)
[cit. 2009-12-29] Dostupné na WWW: <http://blog.aktualne.centrum.cz>
14. HONZÁK, R. Prevence burnout syndromu.
Lékařské listy, roč. 57, č. 8 (2008), s. 28-31. ISSN: 0044-1996
15. HONZÁK, R. Umění správné komunikace sestra-sestra.
Sestra, roč. 11, č. 4 (2001) s. 46-46. ISSN 1210-0404
16. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*.
Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2006
(240 s.). ISBN 80-7013-442-9
17. JANÁČKOVÁ, L. WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*.
Praha: Portál 2008 (136 s.). ISBN 978-80-7367-477-9
18. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*.
Praha: Nakladatelství Triton 2003 (224 s.). ISBN 80-7254-329-6
19. JEDLINSKÁ, M. Spokojenost zdravotních sester v náročném povolání.
Florence, roč. 4, č. 12 (2008), s. 499-499. ISSN 1801-464X
20. JEŽEK, M. Jak se žije sestram na ARO.
Zdrav. Nov. ČR, roč. 56, č. 24 (2007), s. 13-15. ISSN 0044-1996
21. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing 2007
(352 s. + 16 s. přílohy). ISBN 978-80-247-1830-9
22. KELNAROVÁ, J. MATĚJKOVÁ, E.
Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník.
Praha: Grada Publishing 2009 (136 s. + 4 s. přílohy). ISBN 978-80-247-2831-5
23. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*.
Brno: Nakladatelství Littera 2007 (112 s.). ISBN 978-80-85763-36-2
24. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*.
Praha: Portál 2006 (147 s.). ISBN 80-7367-181-6

25. KOŠŇAROVÁ, I. Determinanty pracovní spokojenosti zdravotních sester.
(Diplomová práce) [cit. 2010-01-02]
Dostupné na WWW: <http://is.muni.cz>
26. KRASKA-LŮDECKE, K. *Nejlepší techniky proti stresu*.
Praha: Grada Publishing, 2007 (116 s.). ISBN 978-80-247-1833-0
27. KŘIVOHLAVÝ, J. PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*.
Praha: Grada Publishing 2004 (80 s.). ISBN 80-247-0784-5
28. LUŽNÝ, J. PŘIKRYLOVÁ, D. Autogenní trénink.
Sestra, roč. 17, č. 4 (2007) s. 23-24. ISSN 1210-0404
29. MACKOVÁ, M. Proč vznikají nedorozumění v komunikaci sestry pacient?
[cit. 2010-28-02] Dostupné na WWW: <http://www.linkos.cz>
30. MÁJEK, M. Minulost, současnost a perspektivy intenzivní medicíny jako samostatné klinické disciplíny.
Lékařský obzor, roč. 47, č. 11-12 (1998), s. 339-342. ISSN 0457-4214
31. MAŘÁTOVÁ, M. DOBEŠOVÁ, H. Psychologická úskalí v práci zdravotních sester na JIP. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí. Sborník příspěvků 2. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Velká Bystřice, 6. – 7. 9. 2000.*
Autoreferát přednášky. (2000), s. 82-83.
32. MELLANOVÁ, A. Míra empatie a soucitu ve vztahu k onkologicky nemocným (Konference sester). *25. Brněnské onkologické dny a 15. konference SZP s tematikou Medicína založená na důkazech. Ošetrovatelská péče založená na potřebách onkologicky nemocných*. Brno, 30. 5. – 1. 6. 2001. Sborník., s. 202-205.
33. MILLER, P. A. Nurse-physician collaboration in an intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, roč. 10, č. 5 (2001), s. 341-350. ISSN 1062-3264
Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
[cit. 2010-01-16] Dostupné na WWW: <http://www.nconzo.cz>
Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí;

ze dne 28. července 2004 v platném znění

34. NEŠPOR, K. Stres: co zdravotníky ohrožuje a chrání.
Zdrav. Nov. ČR, roč. 50, č. 44 (2001), s.14-14. ISSN 0044-1996
35. O'CONNOR, M. ARANDA, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů.
Praha: Grada Publishing 2005 (324 s.). ISBN 80-247-1295-4
36. PARKES, C. M. et al. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu 2007 (184 s.). ISBN 978-80-87029-23-7
37. PETRÁŠEK, J. K 30. výročí otevření jednotky intenzivní péče na III. interní klinice VFN, *Nemocnice*, 2002/vánoční číslo, s. 13-14.
38. SCHAFFELHOFEROVÁ, L. Nejčastější konflikty v nemocnici z pohledu sestry ve spolupráci s lékařem. (Diplomová práce)
[cit. 2010-01-02] Dostupné na WWW: <http://theses.cz>
39. SÝKOROVÁ, A. Jak přežít v ženském kolektivu.
Sestra, roč. XV, č. 3 (2005), s. 12-12. ISSN 1210-0404
40. ŠEVČÍK, P. et al. *Intenzivní medicína*.
Praha: Galén 2003 (422 s.). ISBN 80-7262-203-X
41. ŠIŠLÁKOVÁ, P. Udržování duševního zdraví sestry.
Sestra, roč. 16, č. 7-8 (2006) s. 20-20. ISSN 1210-0404
42. ŠPATENKOVÁ, N. KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace; Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén 2009 (135 s.). ISBN 978-80-7262-599-4
43. ŠPATENKOVÁ, N. KŘIVÁNKOVÁ, T. Zážitek prázdného pokoje.
Florence, roč. 3, č. 5 (2007), s. 235-236. ISSN 1801-464X
44. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*.
Praha: Grada Publishing 2008 (144 s.). ISBN 978-80-247-1740-1
45. ŠUSTEROVÁ, D. Stres v práci sestry.
Sestra, roč. 19, č. 11 (2009), s. 24-24. ISSN 1210-0404
46. VÁGNEROVÁ, Z. Komunikace s pacientem v bezvědomí.
[cit. 2010-01-16] Dostupné na WWW: <http://www.karim-vfn.cz>

47. VALÁŠKOVÁ, D. Sestra stráví denně v předklonu 96 minut.
Sestra, roč. 18, č. 12 (2008), s. 22-22. ISSN 1210-0404
48. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*.
Praha: Grada Publishing 2006 (144 s.). ISBN 80-247-1262-8
49. VERDON, M. et al. Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Med*, roč. 34, č. 1 (2008) s. 152-156. ISSN 0342-4642
50. VÍZKOVÁ, A. Vztah sestra - lékař v současném systému zdravotnictví.
(Diplomová práce) [cit. 2010-01-02] Dostupné na WWW: <http://theses.cz>
51. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků; ze dne 30. června 2004 v platném znění
52. ZACHAROVÁ, E. Komunikace s vážně nemocným pacientem.
Florence, roč. 4, č. 1 (2008), s. 31-31. ISSN 1801-464X
53. ZACHAROVÁ, E. Sdělování špatných zpráv.
Florence, roč. 3, č. 12 (2007), s. 509-509. ISSN 1801-464X
54. ZACHAROVÁ, E. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky.
Interní medicína pro praxi, roč. 10, č. 1 (2008), s. 41-42. ISSN 1212-7299
55. ZACHAROVÁ, E. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Psychologie pro zdravotnické obory (Vybrané kapitoly)*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě,
2007 (192 s.). ISBN 978-80-7368-334-4
56. Zdravotně sociální fakulta, 2007 (192 s.). ISBN 978-80-7368-334-4
Zákon č. 96/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních); ze dne 4. února 2004 v platném znění
57. ZVONÍČKOVÁ, M. JIRKOVSKÝ, D. Mění se role sester.
Ošetrovatelství, roč. 8, č. 1-2 (2006), s. 15-16. ISSN 1212-723X

7. Přílohy

Příloha č. 1 Žádosti o umožnění dotazníkového šetření v jednotlivých nemocnicích

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Ukázka činnosti sester v oboru intenzivní péče

Příloha č. 4 Tabulka stresových faktorů a kompenzace stresu zdravotními sestrami

Příloha č. 5 Šestnáctero duševní hygieny

Příloha č. 1 Žádosti o umožnění dotazníkového šetření v jednotlivých nemocnicích

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s ukončením studia

Jmenuji se Hana Svitáková a jsem studentkou oboru Intenzivní péče na 1. LF UK. Pro diplomovou práci jsem si zvolila téma **Psychická zátěž sester na odděleních intenzivní péče**. Ráda bych ve Vaší nemocnici provedla dotazníkové šetření, které poslouží jako podklad pro mou práci. Dotazník bych rozdala na jedno pracoviště typu ARO a dvě pracoviště typu JIP. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění by nemělo zabrat více než 10 minut.

Souhlasíte s tím, že v diplomové práci uvedu název nemocnice a příslušného oddělení?

ANO
 NE

Pokud ne, bude uvedeno pouze typ nemocnice (pražská nemocnice fakultního typu) a pracoviště (JIP, ARO).

V Praze dne 15. 12. 2009

Hana Svitáková

.....
podpis žadatele

V Praze dne 15-12-2009

Mgr. Lenka Hejzlová

.....
podpis náměstka
pro oš. péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84

☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020

E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz



FN MOTOL

V Praze dne 18.12.2009

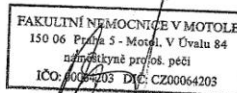
Vážená paní
Hana Svitáková
Jírova 647
394 70 Kamenice nad Lipou

Věc: Žádost o provedení dotazníkového šetření – „Psychická zátěž sester na odděleních intenzivní péče“

Vážená paní bakalářko,

vyhovuji Vaší žádosti a **souhlasím** s dotazníkovým šetřením, které bude probíhat na pracovištích JIP/ARO - FN v Motole. Obráťte se prosím na vrchní sestru kliniky.

S pozdravem



Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s ukončením studia

Jmenuji se Hana Svitáková a jsem studentkou oboru Intenzivní péče na 1. LF UK. Pro diplomovou práci jsem si zvolila téma **Psychická zátěž sester na odděleních intenzivní péče**. Ráda bych ve Vaší nemocnici provedla dotazníkové šetření, které poslouží jako podklad pro mou práci. Dotazník bych rozdala na jedno pracoviště typu ARO a dvě pracoviště typu JIP. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění by nemělo zabrat více než 10 minut.

Souhlasíte s tím, že v diplomové práci uvedu název nemocnice a příslušného oddělení?

ANO
 NE

Pokud ne, bude uvedeno pouze typ nemocnice (pražská nemocnice fakultního typu) a pracoviště (JIP, ARO).

V Praze dne 14. 12. 2009

Hana Svitáková

podpis žadatele

V Praze dne 17. 12. 2009

v. z. Fládr

podpis náměštky
pro oš. péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE NA BULOVCE
Budínova 2, 180 81 Praha 8
Mgr. Petra Pipková
náměštkyně pro oš. péči
e-mail: petra.pipkova@fmb.cz
tel.: 266 082 023, 266 082 964

Příloha č. 2 Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,
dovoluji si Vás oslovit a požádat o laskavé vyplnění dotazníku. Tento dotazník je zcela anonymní. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely diplomové (závěrečné) práce s názvem: Psychická zátěž sester na odděleních intenzivní péče.

Označte pouze jednu možnost odpovědi.

Předem děkuji za kompletní vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Hana Svitáková
Navazující magisterské studium Intenzivní péče
1. lékařské fakulty UK v Praze

pohlaví	věk	pracoviště intenzivní péče
M - Ž		ARO - JIP

1. Kolikaletou praxi máte na oddělení intenzivní péče (dále jen IP)?

Doplňte prosím

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední zdravotnická škola (SZŠ)
- b) Vyšší odborná škola (Dis.)
- c) Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.)
- d) Některé výše uvedené vzdělání + specializace (ARIP, SIP)

3. Pociťujete při výkonu svého povolání psychickou zátěž?

- a) Ano
- b) Ne

4. Informujete rodinu pacienta o jeho ošetrovatelských problémech?
- a) Ano
 - b) Ne
5. Považujete informace lékaře o zdravotním stavu pacienta za dostatečné?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Záleží na situaci a na konkrétním lékaři
6. Dokážete řešit případné konflikty na Vašem oddělení?
- a) Ano
 - b) Ne
- Pokud Ano, doplňte jakým způsobem
7. Účastnil/a jste se nějakého kurzu zaměřeného na komunikaci, duševní hygienu či zvládání stresových a psychicky náročných situací?
- a) Ne, nemám na to čas
 - b) Ne, nemám o to zájem
 - c) Kurz nebyl nabídnut; klinika se o tuto problematiku nezajímá
 - d) Ano
 - e) Někdy v minulosti jsem se nějakého takového kurzu účastnila
8. Co by Vám dle Vašeho názoru pomohlo ve zvládání psychicky náročných situací provázejících výkon sesterského povolání?
- a) Kurzy dalšího vzdělávání (v komunikaci, řešení konfliktů apod.)
 - b) Možnost konzultace s psychologem
 - c) Obrátit se na management (staniční sestra, vrchní sestra apod.)
 - d) Mimopracovní kontakty se spolupracovníky

e) Jiná možnost, doplňte

9. Domníváte se, že máte dostatek volného času?

a) Ano

b) Ne (mám velice málo volného času)

10. Jak nejčastěji trávíte volný čas?

a) Spím, odpočívám u televize, čtu si

b) Sportuji, provozuji pěší turistiku, chodím na procházky

c) Věnuji se rodině

d) Doplňte jiný způsob

11. Hraje ve Vašem životním stylu významnou roli duševní hygiena a relaxace (aktivní či pasivní odreagování)?

a) Ne, nemám na to čas

b) Ano, jedná se o významné složky mého životního stylu

12. Dokážete vzhledem ke směnnému provozu dbát na zásady racionální stravy?

a) Ne, vzhledem ke směnnému provozu to nelze

b) V rámci možnosti se o to snažím

d) Ano, dokáži i přes směnný provoz dbát zásad životosprávy

13. Jakou skladbu kolektivu byste uvítal/a vzhledem k pohlaví?

a) Vyhovuje mi převážně ženský kolektiv

b) Uvítal (a) bych v kolektivu více mužů

c) Nezáleží mi na tom, jaké je zastoupení mužů a žen v kolektivu

Na závěr Vás poprosím o vyplnění tabulky náročných životních situací.

(1- nejméně psychicky náročná situace; 5- maximálně náročná situace)

psychicky náročná situace	1	2	3	4	5
1. ošetřování pacienta se změnou psychiky					
2. ošetřování pacienta s odpudivým vzhledem					
3. ošetřování umírajícího					
4. projevy trpícího pacienta (neklid, zmatenost, sténání)					
5. komunikace s rodinou pacienta v závažném stavu či pozůstalými zemřelého					
6. komunikace sestry s pacientem v bezvědomí					
7. frustrace sestry z nepříznivé prognózy pacienta a nezlepšení jeho stavu					
8. časová tíseň při plnění pracovních úkolů					
9. týmová práce, vzájemná spolupráce					
10. interpersonální vztahy (sestra x sestra)					
11. interpersonální vztahy (sestra x lékař)					
12. chování nadřízených sester					
13. vliv převážně ženského kolektivu na pracovišti					
14. organizace práce					
15. práce s přístrojovou technikou					
16. směnný provoz					
17. noční služby					
18. samostatné rozhodování – pocit zodpovědnosti					
19. nedostatek teoretických znalostí					
20. vedení dokumentace					

Otočte prosím!

Existuje ještě nějaká Vámi vnímaná skutečnost, která Vás zatěžuje a znepříjemňuje Vám práci?

Příloha č. 3 Ukázka činnosti sester v oboru intenzivní péče



Příloha č. 4 Tabulka stresových faktorů a kompenzace stresu zdravotními sestrami

TABULKA 1 Stresové faktory

Stresory	Stále		Velmi často		Často		Občas		Nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
fyzická náročnost při výkonu povolání	16	16	29	29	23	23	30	30	2	2
psychická náročnost při výkonu povolání	25	25	33	33	28	28	14	14	0	0
konflikty se spolupracovníky	1	1	6	6	15	15	60	60	18	18
smrt pacienta	4	4	7	7	24	24	57	57	8	8
špatně vybavení na pracovišti	2	2	13	13	17	17	51	51	17	17
nedostatečné finanční ohodnocení	21	21	13	13	31	31	30	30	5	5
riziko infekce	36	36	20	20	16	16	24	24	4	4
pocit bezmoci u klienta s vážným onemocněním	10	10	11	11	28	28	48	48	3	3
kontakt s příbuznými	2	2	14	14	13	13	51	51	20	20
námaha při polohování	8	8	18	18	29	29	38	38	7	7
konfliktní pacienti	6	6	21	21	27	27	44	44	2	2
nedostatek personálu	5	5	21	21	25	25	43	43	6	6
mnoho administrativy	11	11	30	30	34	34	22	22	3	3
jiné odpovědi (doplňte)... např. agresivní pacient	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0

Tabulka 3 Kompenzace stresu

	Často		Občas		Nikdy	
	počet	%	počet	%	počet	%
vypovídám se své přítelkyni	43	43	44	44	13	13
vypovídám se svému příteli	38	38	46	46	16	16
autogenní trénink	4	4	28	28	68	68
kouření cigaret	20	20	24	24	56	56
jóga	9	9	7	7	84	84
požití analgetik	1	1	15	15	84	84
procházka	26	26	57	57	17	17
hudba	37	37	53	53	10	10
alkohol	4	4	38	38	58	58
marihuana	0	0	1	1	99	99
televize	33	33	49	49	18	18
četba	29	29	48	48	23	23
sedativa	1	1	5	5	94	94
jsem co nejvíce s rodinou	48	48	40	40	12	12
zvýšená konzumace potravin	16	16	55	55	29	29
jiné odpovědi (doplňte)...						
- cvičení	1	1	2	2	0	0
- spánek	1	1	0	0	0	0

ŠESTNÁCTERO

- ▶ Buď sama k sobě laskavá a vlídná.
- ▶ Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit.
- ▶ Najdi si své „útočiště“ – místo klidu.
- ▶ Buď druhým oporou, neboj se je pochválit, nauč se to přijímat od nich.
- ▶ Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.
- ▶ Snaž se obměňovat své pracovní postupy a neupadnout do stereotypu.
- ▶ Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí.
- ▶ Když jdeš domů, soustřeď se na dobré věci.
- ▶ Snaž se sama sebe posilovat a povzbuzovat.
- ▶ Využívej posilujících prvků přátelství.
- ▶ Ve volném čase nehovoř o práci.
- ▶ Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.
- ▶ Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím“.
- ▶ Nauč se říkat NE. Za co stojí každé tvé ANO, když nikdy neumíš říci NE?
- ▶ Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým je nebezpečnější, než připustit si myšlenku, že se nedá nic dělat.
- ▶ Raduj se, směj se a hraj si.

